

## Un plan de choque para la ciencia que dará en la **diana** de la medicina

Las medidas anunciadas por el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, contemplan la Estrategia de Medicina de Precisión para finales de año

P.4 y Editorial

# Opinión

## Digitalización en ensayos clínicos

(o cuando el tiempo se convierte en oro)



**Cristina Laurie**  
Country Manager en España de TransPerfect Life Sciences

### A CORAZÓN ABIERTO

El colapso motivado por la crisis del Coronavirus ha obstaculizado la recopilación y gestión presencial de datos para ensayos clínicos en hospitales y centros sanitarios, una situación que podría evitarse en un futuro con un tratamiento de la información acorde a los tiempos que corren.

La crisis de la COVID-19 ha evidenciado la necesidad de acelerar la recopilación y gestión de documentación clínica en los ensayos (TMF). Mientras algunas agencias del medicamento como la FDA, la EMA y la MHRA han publicado una hoja de ruta para impulsar la implementación a distancia de estos TMF, en países como Alemania y Francia comienzan a aprobar partidas millonarias para digitalizar los historiales clínicos. Por el contrario, en España, seguimos sin reaccionar, a pesar de las pautas emitidas desde la AEMPS durante esta crisis y de ser un país puntero en investigación biomédica. Concretamente, y según datos de la OMS, el cuarto del mundo y el primero de Europa en la realización de ensayos de tratamientos para el Coronavirus.

En la búsqueda de un tratamiento contra cualquier enfermedad, el tiempo es el mejor aliado de las empresas gestoras de estudios clínicos (CRO). Es el caso de la británica Orphan Reach que, en apenas dos semanas, y gracias a la digitalización de los TMF ha obtenido la aprobación regulatoria de la agencia británica del medicamento (MHRA) para su estudio de fase II con un compuesto para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática en pacientes infectados por el COVID-19.

Este caso de éxito entre una CRO y un sponsor como la farmacéutica sueca Vicore Pharma es el mejor ejemplo de cómo el presente y el futuro de la investigación clínica pasan, ya no sólo por la colaboración y el mecenazgo, sino también por la digitalización y la implementación de nuevas soluciones tecnológicas: como, por ejemplo, la e-Signature, que agiliza de forma considerable la firma de los innumerables documentos, la aplicación móvil como MyTI, que permite a los monitores de cada estudio clínico (CRA) subir a la nube sus datos recabados desde cualquier lugar del mundo. Otras herramientas como Site Monitoring ayudan a que los mismos centros suban la documentación requerida por su parte. Justamente en momentos como los del COVID-19, la digitalización se ha vuelto una necesidad.

En países como España, muchas veces los CRA siguen teniendo que desplazarse físicamente a hospitales y centros sanitarios para escanear los TMF para sus estudios clínicos, han sido muchos los ensayos que se han tenido que interrumpir durante el colapso motivado por la crisis de la COVID-19 al no disponer de un archivo digital en la nube.

Por este motivo, urge aumentar la eficiencia del sistema sanitario y el tejido investigador biomédico en estos países a través de la digitalización de los viejos TMF, archivados en papel bajo las debidas homologaciones durante años, y su conversión en archivos eTMF. Un primer paso, que traerá consigo entre otros muchos beneficios un recorte notable en los plazos del ensayo-error (como hemos podido apreciar en el caso de Orphan Reach) y el correspondiente crecimiento exponencial de estudios clínicos.

La investigación a distancia no sólo debe facilitar que los ensayos se completen con éxito, sino que también debe aportar un valor inmediato y continuo al personal que gestiona los estudios y los procesos. ¿La buena noticia? La tecnología necesaria para activar los procesos de documentación y supervisión a distancia ya existe, y también se dispone de vías de acceso a la supervisión y gestión de ensayos a distancia, como a la cooperación en materia de documentación, la documentación segura de los archivos originales y las consultas a distancia, disponibles para su adopción e implementación, y que permiten la flexibilidad que los equipos necesitan para adaptarse a un mundo en constante cambio.

## INFODEMIA

“El silencio no es rentable ni tiene que ver con la prudencia”



**Antonio Alarcó**  
Catedrático. Dr. Ciencias de la Información y Sociología. Senador. Portavoz de Sanidad del PP

### EL TENSÍOMETRO

En un mundo globalizado como el actual, cualquier alteración de la situación que la altere y que como fenómeno sociológico tiene sus debilidades y fortalezas (en este caso más ventajas), se ha puesto de manifiesto la gran debilidad que se tiene ante fenómenos adversos microscópicos (ultramicroscópicos) como el Coronavirus-19, que ha puesto en solfa nuestra existencia y puede seguir poniéndola, si de alguna manera u otra, no conseguimos controlarla con una vacuna eficaz.

No es baladí que un país como China (dictadura comunista disfrazada de capitalista), que los últimos siete microorganismos (coronavirus) han salido de esa dictadura cosa que nos lo tenemos que hacer ver. Como buena dictadura la falta de libertad de prensa se paga muy cara, y a veces hasta con la vida, como ocurrió con el compañero oftalmólogo chino que dio a conocer la existencia del Covid-19, dos meses antes de lo que reconoció el Gobierno y que le costó la vida a él y a muchos ciudadanos de todo el mundo de forma innecesaria.

Ante esa debilidad evidente frente a los microorganismos en general, tenemos la obligación de hacer planes globales, valientes, científicos que impidan su existencia, su expansión o combatir con contundencia y eficacia. Sobre todo, con exigencia de transparencia.

El coronavirus-19 ha puesto de manifiesto que la vulnerabilidad ante estos fenómenos es muy grande y somos de los que pensamos que para que las cosas funcionen en emergencia, tienen que funcionar en la normalidad (test de estrés a los sistemas sanitarios y simulacros). Cosa que no se ha hecho en este país y que es un principio básico de la emergencia y los servicios sanitarios.

En estos momentos alarmantes de la vida, en donde el coronavirus-19 que salió una vez más de una dictadura comunista como la China y que está poniendo a la humanidad en solfa, surge un nuevo fenómeno como es la “INFODEMIA”, fenómeno periodístico global que se ha vuelto pandémico y tóxico.

El término “INFODEMIA” se aplica para referirse a la sobreabundancia de información (ya sea verdadera o falsa), sobre un tema concreto como es el caso que comentamos, el Coronavirus-19. El término se deriva de la unión entre la palabra información y la palabra epidemia. Se relaciona con conceptos similares como fake news o intoxicación, en la medida en que la cantidad y exposición de ésta se intensifica. Generalmente, los datos que se difunden en una infodemia tienden a ser falsos, lo que desvirtúa la fuente confiable de información que buscamos ofrecer datos relevantes acerca de un tema específico.

La “INFODEMIA” surge como resultado de la rápida propagación de datos por los medios de comunicación de libre acceso como las redes sociales, tales como Facebook, Instagram, o WhatsApp.

La inexistencia de filtros de veracidad de estas plataformas propicia la desinformación del público, generalmente inexperto y que se propaga imparablemente la pseudociencia.

Las “INFODEMIAS” pueden propagarse por errores, desinformación y rumores durante una emergencia de salud, lo que puede dificultar una respuesta efectiva y crear confusión y desconfianza entre las personas.

En el caso de brotes de rápida evolución, el ritmo de propagación de información es extremadamente acelerado, sobre todo en la medida de que se trata de un tema universal.

Sin embargo, en otros casos, la circulación de afirmaciones falsas previamente comentadas puede ser difundida con buenas intenciones por personas que no tienen fuentes o recursos para valorar la validez de la información.

Cuando uno profundiza en la historia de esta terminología, encontramos que en febrero de 2020, tras la pandemia de Coronavirus-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS) oficializó el término para describir la exuberancia de desinformación y rumores que se crearon alrededor de la enfermedad. Al tratarse de un virus nunca visto, la demanda por información permanente para entender cómo controlar y erradicar el virus comenzó a ser una necesidad de primera mano y de orden internacional. Con la actualización de la ciencia, aumentan las expectativas de encontrar respuestas científicas inmediatas, lo que presiona a la comunidad científica para operar a la misma velocidad que los medios sociales y las plataformas de mensajería constantemente, lo que publica la OMS y Wikipedia.

Las ciencias tienen unos tiempos determinados y además tienen que ser auditables, comprobables y controlables. Es muy fácil y demasiado frecuente que los tiempos periodísticos, jurídicos y políticos y ahora los tiempos científicos se quieran unir pero son distintos y la unión crea distorsiones y falsedades.

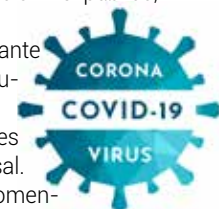
La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva tiempo usando la palabra “INFODEMIA” para referirse a la sobreabundancia informativa falsa y a su rápida proyección entre las personas y los medios.

En nuestro país, el Gobierno ha practicado desde el principio de liderar la pandemia la “INFODEMIA” como técnica para no asumir con transparencia lo que estaba ocurriendo, lo que esta ocurriendo y los que vemos pueda ocurrir.

La ocultación mantenida de los datos sobre la mortalidad, que está provocando la pandemia, la ausencia de portal de transparencia, la autorización del estado de alarma tarde y mal y utilizando el estado de alarma para otros menesteres. Como la modificación de la Comisión del CNI, para introducir a Pablo Iglesias; la modificación de la despenalización de las injurias a la Corona; el aumento de los cargos; la reforma educativa; el abuso de la contratación pública de emergencia; modificar los reglamentos de indultos; acercamiento de los presos etarras; cambio de MUFACE a la Seguridad Social de los funcionarios; son datos más que evidentes de la producción de una “INFODEMIA” tóxica.

Somos de los que pensamos que la vida es circular y que todas estas tropelías tendrán sus consecuencias antes las instituciones naciones y europeas.

Este Gobierno y su nefasta gestión de la crisis sanitaria ha utilizado el fenómeno de la “INFODEMIA” como técnica pero no ha conseguido que no saliera y saldrá toda la verdad.





# Ni hemos pasado la primera ola ni el consenso sanitario

## CARTA DEL EDITOR



**Santiago de Quiroga**

Editor de Gaceta Médica

Como todas las pandemias de una vez en un siglo, la rapidez con la que el SARS-CoV-2 se disemina sigue sorprendiendo. GM llevaba a su portada de la edición impresa el **27 de enero** la preocupación mundial de la OMS por el brote de Wuhan. España "ponía a prueba su protocolo de actuación" frente a un "coronavirus como SARS o MERS". En España, y en otros de países, nos íbamos a dar cuenta pronto. Dos semanas antes comenzando un 2020 al uso, la noticia de portada de GM se refería a los mismos retos sanitarios pendientes con el comienzo del año. La rutina nos golpeaba con las mismas necesidades en materia sanitaria que siempre. Y ahora muchos echan de menos esa rutina que nos ha robado la nueva normalidad. La extraordinaria rutina que nos hacía estar seguros y felices, al menos con la felicidad de siempre.

El mundo sigue sufriendo el azote de la **primera ola de un virus que se resiste**. No parece sucumbir a la alta temperatura veraniega, a los rayos UV del verano o a los confinamientos. Que se resista el SARS-CoV-2 no quiere decir que no se esté conteniendo. A pesar de que las cosas ya están encauzadas en España y en el resto de Europa, vamos a convivir con el coronavirus, al menos, hasta bien avanzado 2021.

La portada del 6 de julio pasado de GM realizaba un homenaje **In memoriam** de los médicos, enfermeras y farmacéuticos, hombres y mujeres, que han perdido la vida durante el ejercicio de su profesión en esta pandemia. Y lo hacemos cuando acaban las comparecencias y debates de la **Comisión para la Reconstrucción**. No ha habido unanimidad, aunque todos confían en alcanzar algo parecido a un pacto antes del 22 de julio.

La rutina de la discordia y del desacuerdo parece que no nos ha dejado. La historia recordará estos días y a los fallecidos por cualquier causa relacionada directamente o no por la COVID-19. Recordará a los profesionales sanitarios de la portada de GM. Sus nombres, uno a uno, nos recuerda que han muerto sabiendo el riesgo que asumían, y antes de hacerlo habrán salvado otras vidas sin duda. Es hora de dialogar y ceder, de acordar y cooperar **en un gran pacto** que, al menos, nos haga creer que no murieron por nada. Todas las ideas que los grupos parlamentarios han lanzado deben combinarse y dejar atrás la ideología no constructiva. Hay que dejar paso a la ciencia, como decía **Modesto Pose**, presidente de la Comisión de Sanidad del el Senado.



## La ciencia española tiene un plan

### EDITORIAL

Esta semana el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, anunciaba un ambicioso Plan de Choque para reactivar la Ciencia y la Tecnología. Un proyecto con medidas a corto y medio plazo, que forma parte de una apuesta a largo plazo y estará imbricado en la futura estrategia científica 2021-2027 que se presentará en próximas semanas. El programa también está diseñado para complementarse con el plan de recuperación económica que se tiene que acordar de manera inminente en el seno de la Unión Europea.

En su puesta de largo, el líder del Ejecutivo ha destacado que este plan de choque es algo más que palabras. Prueba de ello es que viene acompañado de financiación. Para su desarrollo se plantea una inversión de 1.056 millones de euros en ayudas directas a la investigación.

En este contexto, el presidente del Gobierno ha confirmado en el segundo semestre de este año verá la luz la Estrategia de Medicina Personalizada, que desde hace un tiempo se venía anunciando. Sin duda, una buena noticia que pone en valor lo que los expertos nos cuentan desde hace tiempo, y es que la medicina de precisión es ya el presente.

Además, la apuesta se materializará con la creación de un Centro Estatal de Terapias avanzadas, orientado a la investigación, desarrollo y potencial fabricación y distribución en el SNS de este tipo de terapias que favorecerá igualmente la investigación privada en este campo.

Un paso fundamental para el avance de las CART, el terreno en el que se mueven ya varios hospitales españoles que desarrollan este tipo de inmunoterapia que ha devuelto la esperanza a muchos pacientes.

Junto a la fecha en el horizonte, la mejor noticia es que por fin hay un presupuesto específico para ello, un total 77,3 millones de euros. Sin entrar a juzgar si será suficiente (habrá que preguntar a los que saben), el hecho de que se hayan puesto sobre la mesa recursos económicos es ya un paso.

El plan anunciado también supone un respaldo a los programas de investigación, en stand by desde hace tiempo. No hay que pasar por alto que resulta clave retener la fuga de investigadores de nuestro país. Habrá que confiar en que este impulso les permita investigar en casa.

Más allá de la medicina de precisión, parece que Pedro Sánchez también ha estado atento a las peticiones de los expertos que han pasado por la Comisión para la Reconstrucción, a juzgar por la decisión de reforzar el papel del Instituto de Salud Carlos III, una de las peticiones comunes en el sector sanitario. Además, el plan contempla destinar seis millones de euros para reforzar el Centro Nacional de Microbiología y el Centro Nacional de Epidemiología.

El tiempo, y la opinión de los especialistas, dejarán ver si los recursos anunciados son o no suficientes. Por ahora, lo que sí parece real es que esta apuesta por la ciencia no aspira a ser un canto al sol.

**El Ejecutivo reforzará el papel del Instituto de Salud Carlos III, una petición reiterada en la Comisión para la Reconstrucción**



**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

## La Estrategia de Medicina Personalizada se lanzará en el segundo semestre de 2020

Pedro Sánchez presenta un plan de choque milmillonario para dinamizar el sistema público y privado de Ciencia

**CARLOS B. RODRÍGUEZ**  
Madrid

La Estrategia de Medicina Personalizada para mejorar la prevención y el tratamiento de enfermedades contará con 77,3 millones de euros y se lanzará durante el segundo semestre de 2020. Así consta en el Plan de choque por la Ciencia y la Tecnología, presentado por el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez. Esta dotación contempla entre sus planes la creación de un Centro Estatal de Terapias Avanzadas, orientado a la investigación, desarrollo y potencial fabricación y distribución en el SNS de terapias avanzadas personalizadas.

### EL PLAN DE CHOQUE POR LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

"Nunca antes el planeta entero había sido consciente, en tiempo real, de vuestra importancia crucial". Esta frase, dirigida por Pedro Sánchez a los investigadores, reconoce su trabajo durante la pandemia y enmarca el apoyo sin matices del Gobierno al hashtag 'Sin Ciencia no hay futuro'. Dicha apuesta se ha concretado en el plan lanzado para dinamizar "el sistema público y privado" con 17 medidas (y financiación) en tres ejes que se pondrán en marcha este año y el siguiente.

El líder del Ejecutivo ha destacado que el Plan de choque por la Ciencia es algo más que palabras. Incluye financiación. Concretamente, supone una inversión de 1.056 millones de euros en ayudas directas a la investigación. De ellas, 396 se concretará en este año, y el resto en 2021. A esta cantidad se sumarán otros 508 millones de euros en préstamos en condiciones ventajosas para las empresas innovadoras.

### EJE 1. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD: 215,9 MILLONES

Para fortalecer el sistema público de inversión biosanitaria, el Gobierno impulsará, como ya



El presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, ha presentado este jueves el Plan de Choque para la Ciencia y la Innovación.

anunció el ministro de Sanidad, Salvador Illa, la movilización de recursos a favor del Instituto de Salud Carlos III. En este apartado, y además de reconocer el trabajo del Carlos III y su directora, Raquel Yotti, Sánchez ha destacado la futura reforma de la Ley de Investigación Biosanitaria de 2007 para impulsar la carrera de los investigadores.

Por otro lado, más allá del impulso a la Estrategia de Medicina Personalizada, el plan de choque incluye los recursos destinados del Fondo COVID. Entre las medidas acordadas también se incluyen 6 millones de euros para reforzar el Centro Nacional de Microbiología y el Centro Nacional de Epidemiología.

En último lugar, se han incrementado en 50 millones de euros los fondos destinados a la convocatoria de proyectos anual de la Acción Estratégica en Salud.

### EJE 2. TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE CIENCIA Y ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DEL TALENTO: 523,5 MILLONES

Para "resolver las deficiencias endémicas del sistema", Sánchez ha apostado por "iniciar en

### Terapias avanzadas

La dotación contempla la creación de un Centro Estatal de Terapias Avanzadas con un enfoque integral

breve" una reforma de la Ley de Ciencia. Dicha reforma incluirá la creación de una figura estable de entrada al personal investigador en el sistema público de ciencia español. En este bloque también se fortalecerán los contratos post-doctorales. Para ello, se aumentará en 56,1 millones (un 30 por ciento) el presupuesto de los programas Juan de la Cierva y Ramón y Cajal.

Además de dotar de estabilidad la carrera científica se quiere dotar de fondos a los principales instrumentos de financiación de la ciencia. En concreto, se incrementará en 50 millones (hasta los 412, es decir un 14 por ciento más), la cuantía de la convocatoria de proyectos de

I+D+I en 2020 y 2021. También se destinan una partida de hasta 180 millones para equipamiento científico-técnico.

Asimismo, se amplían las ayudas para prórrogas de contratos de la Agencia Estatal de Innovación para incluir a aquellos que no fueron beneficiados del primer paquete que se aprobó en el Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, y que ya benefició a más de 1.000 investigadores e investigadoras. Se calcula que esta medida, con un coste estimado de 20 millones de euros, beneficiará a más de 3.200 investigadores e investigadoras.

### EJE 3. IMPULSO A LA I+D+I EMPRESARIAL E INDUSTRIAL DE LA CIENCIA: 317 MILLONES + 508 EN PRÉSTAMOS

Aquí, la gran apuesta será el refuerzo de las bases del tejido productivo para impulsar la transferencia del conocimiento. "Queremos que sea uno de los pilares de la transformación del país con medidas de carácter transversal en sectores estratégicos", ha añadido Sánchez.

En primer lugar, se pone en marcha un plan a tres años para duplicar las ayudas a la I+D+I

empresarial. Se hará a través del nuevo Plan Estratégico de la Agencia de Innovación CDTI, hasta alcanzar los 2.156 millones de euros anuales. Este eje también incorpora un programa de ayudas directas a PYMEs innovadoras para que puedan madurar su tecnología y su modelo de negocio y afianzar su estructura de cara a su posterior escalado. Comenzará con un piloto en 2020, con 60 millones de euros (10 este año y el resto, en 2021).

Asimismo, y con el objetivo de desarrollar la industria de la Ciencia y reforzar la transferencia de tecnología, se añade otro programa de apoyo a PYMEs innovadoras. Este promoverá la compra de prototipos a entidades y centros de investigación y tecnología que quieran desarrollar startups que exploten un conocimiento novedoso o que planteen la colaboración con una empresa con capacidad tecnológica para industrializar y comercializar este conocimiento tecnológico. Se lanzará también con un piloto en 2020, con dos millones de euros, y se desarrollará en 2021 con una inversión prevista de 50 millones.





La Comisión para la Reconstrucción del Congreso de los Diputados, presidida por el diputado socialista Patxi López, encara ya la recta final de su trabajo.

# PP y PSOE acuerdan asegurar una financiación "suficiente y equitativa"

El documento del grupo de Sanidad tiene aún que debatirse y votarse en el Pleno del Congreso

**CARLOS B. RODRÍGUEZ**  
Madrid

Las conclusiones del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública han salido adelante en la Comisión para la Reconstrucción por 166 votos a favor, 33 en contra y 94 abstenciones. Tras el segundo debate de los tres previstos, no se han concretado grandes acercamientos de cara al Pacto sanitario, aunque se han detectado avances parciales.

Una de las enmiendas trasaccionadas entre PSOE y PP tiene que ver con la sostenibilidad del sistema. Así, ambos grupos han acordado asegurar una financiación sanitaria "suficiente y equitativa" para el Sistema Nacional de Salud.

Esta declaración de intenciones incluye además cuatro actuaciones concretas. La primera, actualizar el sistema de financiación autonómica "ofreciendo un marco estable de suficiencia dinámica al SNS". La segunda, mejorar el cálculo de las necesidades relativas que se emplea en la distribución del Fondo de Garantía Servicios Públicos Fundamentales. La tercera, convocar un Consejo

Interterritorial monográfico. La cuarta, realizar revisiones periódicas para ajustar los indicadores y ponderación y garantizar la financiación de los servicios públicos fundamentales.

PSOE y PP todavía han acordado una transaccional más. Consiste en actualizar la legislación sanitaria del ámbito nacional y autonómico para adaptarla a las propuestas de la Comisión para la Reconstrucción. El objetivo es facilitar el cumplimiento de los objetivos de mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y elaborar un calendario de reformas legislativas derivadas de estas propuestas.

## AVANCES EN FINANCIACIÓN SANITARIA

Pese a todo, el PP se mantiene en la abstención. Siguen existiendo importantes áreas de mejora en el texto, como trasladaron la semana pasada la diputada Ana Pastor y la portavoz sanitaria, Elvira Velasco.

La primera resaltó la creación de una Agencia Nacional de Salud Pública y calidad asistencial, formada por dos representantes de cada comunidad autónoma, bajo la coordinación de la Admi-

nistración General del Estado. Frente a ello, la propuesta base opta por desarrollar el centro nacional previsto en la Ley de 2011. Velasco, por su parte, calificó de fundamental eliminar del texto la propuesta relativa al informe de la AiREF.

## DOS ACUERDOS MÁS

El debate y votación en Comisión del documento de Sanidad y Salud Pública ha incorporado dos enmiendas más. A propuesta del BNG y en los términos de una enmienda acordada con los grupos Socialista, de Unidas Podemos y con Más País, se ha aprobado dotar a las redes y/o centros sanitarios públicos de capacidades para la gestión operativa de sus presupuestos, su personal, sus compras y contratos de manera que se cree un marco de gestión adaptado a la naturaleza de la prestación de los servicios sanitarios.

Por otro lado, se ha aprobado una enmienda de Más País, acordada con los grupos Socialista y de Unidas Podemos, para aumentar la capacidad estructural de la investigación clínica. Los grupos piden implementar medidas como el refuerzo a las

estructuras de apoyo, el liderazgo de la I+D con financiación y gestión pública, o de la cooperación público privada que permitirían incrementar notablemente el volumen de recursos destinados al I+D en el corto plazo, atrayendo capital extranjero.

## EL PACTO SANITARIO, PENDIENTE DEL DEBATE DEL PLENO

En total, en los cuatro grupos de trabajo de la Comisión para la Reconstrucción se incorporaron ochenta nuevas enmiendas el pasado viernes (en la primera votación se habían admitido otras 80, con importantes acuerdos en materia de recursos humanos). Pero, de ellas, solo estas cinco eran acuerdos del grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública. Los avances no son suficientes como para asegurar que la aprobación de este documento suponga hablar de un pacto sanitario entre grupos políticos.

El PP aún mantiene su abstención, junto con Unión del Pueblo Navarro, Más País, el Partido Regionalista Regionalista de Cantabria y Teruel Existe. Por su parte, votaron en contra

los grupos de ERC, PNV, EH Bildu y BNG y JxCat. Todos ellos aún tienen que decidir qué enmiendas mantienen vivas de cara a la última fase del proceso. Las conclusiones de los cuatro grupos de trabajo de la Comisión para la Reconstrucción se volverán a debatir y a votar en el Pleno del Congreso del 22 de julio.

Cabe asumir cuáles serán dos de los principales reclamos del PP, como principal partido de la oposición. Ya lo adelantaron la semana pasada la diputada Ana Pastor y Elvira Velasco, portavoz de Sanidad del grupo parlamentario.

La primera defendió la creación de una Agencia Nacional de Salud Pública y calidad asistencial, formada por dos representantes de cada comunidad autónoma, bajo la coordinación de la Administración General del Estado. Frente a esta propuesta, el documento base apuesta por desarrollar la Ley de Salud Pública de 2011, que contempla la creación de una centra nacional. Velasco, por su parte, calificó de "fundamental" el eliminar del texto la propuesta relativa al informe de la AiREF sobre gasto de receta.

# El Parlamento Europeo crea un nuevo grupo exclusivo en oncología

Challenge Cancer Intergroup es un "grupo informal" integrado por eurodiputados de todos los partidos

**MÓNICA GAIL**  
Madrid

Después de que el Parlamento Europeo creara una Comisión especial para la lucha contra el cáncer a finales de junio de 2020, cuyo objetivo es elaborar un informe a lo largo de un año con recomendaciones específicas en oncología, el 1 de julio puso en marcha un intergrupo parlamentario europeo dedicado exclusivamente al cáncer, el Challenge Cancer Intergroup. Ambos grupos se han constituido dentro del marco del Plan Europeo contra el Cáncer.

El Challenge Cancer Intergroup se trata de un "grupo informal" integrado por eurodiputados de todos los partidos políticos. Está presidido por el eurodiputado rumano Cristian Bușoi (PPE) y copresidido por los eurodiputados Alessandra Moretti (S&D), Aldo Patriciello (PPE) y Frédérique Ries (Renew). La secretaria estará a cargo de la Coalición Europea de Pacientes de Cáncer (ECPC, por sus siglas en inglés).

Este nuevo grupo brindará la oportunidad de que colaboren las partes interesadas en todos los niveles, con "diversas experiencias y trayectorias para beneficio de todos los europeos", según explicó el presidente, Cristian-Silviu Bușoi, durante el acto de presentación. Y es que "la lucha contra el cáncer no se puede vencer con un solo actor; el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer es un acto de unidad europea".

Por su parte, la presidenta de la Coalición Europea de Pacientes de Cáncer (ECPC, por sus siglas en inglés), Kathi Apostolidis, destacó que la creación del Challenge Cancer Intergroup "demuestra que el cáncer ya es una prioridad real de Europa". "Trabajaremos junto a los miembros del grupo para garantizar que los pacientes ocupen un lugar central en la estrategia de Europa para el cáncer", añadió.

## ONCOLOGÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

En el acto de presentación, realizado de forma virtual, también participan eurodiputados y diversos oradores de alto nivel, como la Comisaria de Sanidad, Stella Kyriakides, o el presidente del consejo de la Misión Cáncer, el doctor Walter Ricciardi. debatieron sobre la importancia del



El Challenge Cancer Intergroup estará presidido por el eurodiputado rumano Cristian Bușoi (PPE), mientras que la secretaria estará a cargo de la ECPC.

## Apostolidis

"Trabajaremos junto a sus miembros para garantizar que los pacientes ocupen un lugar central en la estrategia de Europa para el cáncer"

concepto "misión" en el ámbito del cáncer en tiempos de pandemia, como la de COVID-19, y el papel que desempeñan los responsables políticos y los actores interesados, por ejemplo, las organizaciones de pacientes como la ECPC.

A pesar de las iniciativas llevadas a cabo en los últimos años para abordar la incidencia creciente del cáncer en Europa, esta patología "sigue planteando uno de los desafíos médicos y sociales más importantes de nuestro tiempo", asegura la ECPC en un comunicado. Por ello, la Comisión ha decidido que una de las cinco nuevas misiones de investigación e innovación de la UE sea la Misión Cáncer.

El objetivo de la Misión Cáncer es lograr una tasa de supervivencia del 75 por ciento para el año 2030, frente al 47 por ciento actual, mediante estrategias de prevención y tratamiento, atención a los supervivientes e innovación social, además de reducir las desigualdades actuales. En estrecha colaboración con la Misión Cáncer, el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, cuya publicación está prevista para fines de 2020, se concentrará en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de vida de pacientes y supervivientes.

## LOS POLÍTICOS, INVOLUCRADOS EN LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

La creación del Challenge Cancer Intergroup es una demostración del firme apoyo y la voluntad política de los eurodiputados a la hora de tomar medidas y avanzar en la lucha contra el cáncer. Los miembros del intergrupo podrán consagrarse a la tarea de combatir el cáncer y trabajar en conjunto para tender puentes entre las instituciones europeas y los ciudadanos de Europa.

Asimismo, el Challenge Cancer Intergroup funcionará como un foro para los eurodiputados de todos los partidos políticos, desde el que se podrá entablar diálogo con pacientes, supervivientes de cáncer y cuidadores, sociedades científicas y médicas, instituciones de investigación, grupos de reflexión, médicos, investigadores de la medicina, responsables políticos y líderes del sector sanitario y la sociedad civil en general, así como gobiernos e instituciones nacionales.

La idea es crear un canal de comunicación bidireccional mediante la celebración de audiencias, debates y misiones de investigación sobre los temas más destacados, por ejemplo, prevención, acceso al tratamiento, escasez de medicamentos, investigación oncológica sobre calidad de vida e innovación en la atención a los pacientes y supervivientes oncológicos. El intergrupo orientará la dirección estratégica del Parlamento Europeo en la lucha contra el cáncer, garantizará la continuidad entre el mandato previo y el actual y guiará el trabajo que

realicen los eurodiputados de la Misión Cáncer y el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer basándose en soluciones empíricas, no partidistas.

La ECPC concibió el nuevo intergrupo como resultado de su continuo compromiso y su participación en el establecimiento de las "misiones" de apoyo a la Comisión Europea, junto con miembros prominentes de la Academia Europea de Ciencias del Cáncer (EACS, por sus siglas en inglés). Formada por 450 organizaciones de pacientes de cáncer de toda la UE, actuará de intermediaria entre el intergrupo parlamentario dedicado al cáncer y la sociedad civil en general. En su función de secretaria del intergrupo, también ofrecerá a sus miembros acceso a testimonios reales y experiencias de los pacientes, además permitirá a los ciudadanos expresar sus necesidades ante los responsables políticos europeos directamente. Además, la ECPC tiene la capacidad de compartir conocimientos a través de su red de organizaciones paneuropea para influir en las políticas de sanidad pública y cáncer.



# La Comunidad de Madrid reportará cada semana los casos activos de COVID-19

La nueva información responde a los objetivos de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control

**MARIO RUIZ**  
Madrid

Los casos activos de COVID-19 en la Comunidad de Madrid serán notificados cada martes por la consejería de Sanidad. Mediante la Dirección General de Salud Pública, el objetivo es dar a conocer con mayor claridad la evolución de la epidemia con datos desagregados. Estos aparecerán cada martes en un mapa interactivo, en el apartado que la web regional dedica al seguimiento del coronavirus. En ella, el Ejecutivo autonómico ha venido ofreciendo información diaria de la distribución territorial de los casos.

Al cierre de la presente edición, la administración autonómica ha reportado 156 casos de COVID-19 activos en los últimos 14 días. Estos se concentran en seis municipios: Madrid ciudad, Fuenlabrada, Móstoles, Leganés, Torrejón de Ardoz y Getafe.

Según apunta Dirección General de Salud Pública, en estos



La Consejería de Sanidad de Madrid notificará estos datos a través de la Dirección General de Salud Pública.

momentos cobra especial interés distinguir los casos de infección activa. El fin así es cortar la cadena de transmisión y reforzar la investigación epidemiológica,

así como la identificación y seguimiento de los contactos estrechos.

Con esta medida, se responde a los objetivos de la Estrategia de detección precoz,

vigilancia y control de COVID-19 adaptada a la Comunidad de Madrid, de 26 de junio, para la detección precoz de los casos

con infección activa por SARS-CoV-2 y establecimiento ágil de las medidas de control para evitar la aparición de nuevas infecciones.

## COMPROMISO DESDE EL CONSISTORIO

Por su parte, desde la capital de la comunidad también continúan redoblando esfuerzos para combatir la pandemia. Para ellos se han acordado 169 medidas en la Mesa Social de los Pactos de la Villa, publicadas en la web del Ayuntamiento de Madrid. Estas serán selladas oficialmente el próximo martes en un pleno extraordinario.

Así, el Consistorio se ha emplazado a contar en dos meses con una reserva estratégica de material sanitario básico para garantizar el suministro del mismo a la plantilla municipal. Además, se pondrá en marcha en un mes un punto de diagnóstico de virus o anticuerpos, dentro de Madrid Salud.

## DESDE PFIZER, CON MÁS DE 30 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL DESARROLLO DE NUEVOS PRODUCTOS, AHORA CUMPLIENDO LA DEMANDA DE BIOSIMILARES DE ALTA CALIDAD<sup>1</sup>

Con más de 30 años de experiencia en el desarrollo de nuevos productos:

Ofrecer más opciones de tratamiento a los pacientes, presentando el portfolio más amplio de biosimilares con potencial de proporcionar ahorro y optimización de costes al sistema de salud.<sup>2-4</sup>

### Amplitud de opciones

Pfizer es uno de los principales proveedores de biosimilares en oncología con el portfolio más amplio del mercado, incluyendo tanto terapias oncológicas, como de soporte y dando al paciente más opciones de tratamiento.<sup>3,4</sup>

### Enfocados en calidad

Pfizer desarrolla tratamientos oncológicos biosimilares alcanzando los mismos estándares de calidad que en sus biológicos y utilizando los mismos protocolos de monitorización en cada etapa de fabricación.<sup>5</sup>

### Experiencia en fabricación y suministro

Pfizer cuenta con una red de suministro global para ofrecer soluciones flexibles a lo largo de toda la cadena de producción y suministro.<sup>1</sup>



Para saber más sobre nuestros biosimilares en oncología visita [PfizerBiosimilars.com](https://PfizerBiosimilars.com)

**Referencias:** 1. Pfizer Global. Disponible en: <https://www.pfizer.com/science/research-development/biosimilars>. Último acceso: 22 de Junio, 2020. 2. IMS Institute for Healthcare Informatics. Delivering on the Potential of Biosimilar Medicines: The Role of Functioning Competitive Markets. Parsippany, NJ: IMS; Marzo 2016. 3. Drugs.com. How many biosimilars have been approved in the United States? Disponible en: <https://www.drugs.com/medical-answers/many-biosimilars-approved-united-states-3463281/> Actualizado el 8 de Diciembre, 2019. Último acceso: 6 de Abril, 2020. 4. McGowan S, Jesse M. Biosimilars Pipeline Report. AmersourceBergem. Disponible en: [https://www.amersourcebergen.com/-/media/assets/amersourcebergen/biosimilars-pipeline-report\\_0420\\_v3.pdf?la=en&hash=1071304C7B66ED62628201B8268C0B633627CB6B](https://www.amersourcebergen.com/-/media/assets/amersourcebergen/biosimilars-pipeline-report_0420_v3.pdf?la=en&hash=1071304C7B66ED62628201B8268C0B633627CB6B). Actualizado el 1 de Mayo, 2020. Último acceso: 4 de Junio, 2020. 5. Pfizer breaks ground on new biologics clinical manufacturing facility in Andover, Massachusetts [press release]. Nueva York, NY: Pfizer Inc. 16 de Junio, 2016.



# Los especialistas rechazan la posible vuelta al visado de los ACOD tras la crisis sanitaria

La futura Estrategia Nacional de Salud Cardiovascular contempla el acceso a la innovación como un objetivo

**ESTHER MARTÍN DEL CAMPO**  
Madrid

Las comunidades autónomas ya conocen de primera mano el borrador de la Estrategia Nacional de Salud Cardiovascular que el Ministerio de Sanidad les ha hecho llegar en los últimos días. El punto y seguido a una iniciativa cuyos trabajos de elaboración comenzaban hace justo un año, según ha explicado a GM el presidente de la Sociedad Española de Cardiología, Ángel Cequier, y que celebró durante las pasadas navidades las últimas reuniones de los equipos técnicos que se han encargado de darle forma.

En el marco de la nueva normalidad, y en un escenario de rebrotes de Covid-19, ha sido uno de los primeros trabajos en ver la luz.

En su diseño, Sanidad ha contado con la participación de miembros de la Sociedad Española de Cardiología en diferentes grupos, entre otros especialistas. El vicepresidente de la SEC, Héctor Bueno, es el coordinador de esta herramienta que desde la sociedad científica confían en que sea mucho más que una declaración de objetivos y se materialice en la práctica, tal y como remarca su presidente, Ángel Cequier.

El cardiólogo detalla que esta estrategia, "muy ambiciosa", establece líneas relacionadas con la prevención, reducción del tabaquismo, promoción de la actividad física y la alimentación,

mejora del control de la presión arterial, etc.

De igual modo, aborda las entidades cardiovasculares propias, como la atención a los síndromes coronarios agudos, la insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias, muerte súbita o valvulopatías, entre otras, con una casuística y prevalencia importante.

Aparte de este enfoque en prevención y en los bloques de patología cardiovascular, concreta el experto, la estrategia contempla una serie de líneas transversales que afectan a todos estos bloques: investigación e innovación, la gestión del conocimiento, las medidas de capacitación promoción y prevención de la salud y también se ha prestado atención a la importancia de la equidad en salud por género, entre otras.

Aunque no de forma directa, la estrategia nacional contempla el acceso a la innovación de los pacientes con patología cardiovascular. Según explica Cequier, "conceptualmente no entra en aspectos puntuales sobre tratamientos, pero la equidad es un punto determinante y uno de los objetivos estratégicos que se marca. Si bien no entra en detalles a la hora de actuar en determinados escenarios o en determinados fármacos", subraya.

De hecho, su elaboración es anterior a la crisis sanitaria, una situación que ha llevado a una parte de las comunidades autónomas a dar por preautorizadas las prescripciones de fármacos

## Visados

Los cardiólogos han pedido a las CC. AA. que mantengan el suspenso de los visados hasta que la situación se normalice

que exigen visado, como es el caso de los ACOD.

Sobre este asunto, el presidente de la SEC considera que esta medida ha sido una decisión "fácil de tomar". La pregunta ahora, en su opinión, es hasta cuándo y de qué manera se racionaliza la situación.

## PRÓRROGA EN MADRID

Algunas comunidades autónomas, como Cataluña, han consultado en estos días a la sociedad científica su opinión sobre este tema. Madrid ha anunciado ya que extenderá la medida hasta el 30 de septiembre. Cequier es claro: "Mientras exista esta problemática de evitar el contacto o la asistencia y una vez potenciada la atención cardiológica telemática, hemos pedido que la decisión se mantenga", sentencia.

Después, continúa, "lo que hay que hacer es intentar racionalizarlo: ni volver a la situación en la que estábamos previamente en la que pensábamos que las dificultades del visado condicionaban una limitación

a que se pudiera utilizar y que las tasas de utilización seguían siendo la más baja de Europa, ni que todos los pacientes puedan recibirlo, porque hay que hacerlo en función del riesgo de los pacientes, con criterios de farmacoeconomía, buscando también el mayor beneficio racionalizando con respecto al coste".

De este modo, destaca que habrá que replantearlo en el momento en el que la situación sanitaria permita acudir a los centros de salud con la mayor normalidad posible. "Mientras no sea así, la medida debe mantenerse", insiste.

Desde la Sociedad Española de Medicina Interna, Jesús Manuel Casado, secretario del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardiaca y Fibrilación Auricular, explica que la sociedad científica no ha participado como tal en el diseño de la estrategia, al margen de que algún internista a título personal haya aportado su visión en los trabajos del Ministerio de Sanidad.

Casado confía en que el documento, al que no han tenido acceso aún, contemple todo lo que orbite en torno a la prevención, protección cardiovascular y abordaje de los eventos CV, que son las líneas habituales en este tipo de herramientas.

En relación al suspenso momentáneo de los visados de los ACOD durante la pandemia, Casado asegura que la medida de ha sido muy bien recibida por parte del colectivo sanitario.

"La cuestión es que no ha sido uniforme en todo el territorio na-

cional. En algunas comunidades autónomas se ha mantenido, en Madrid, por ejemplo, se hacía autovisado directo. Ha habido una gran heterogeneidad y sería deseable que fuera uniforme", lamenta.

El internista recuerda que "hacer un control rutinario de coagulación implica un desplazamiento de enfermeras y pacientes, interacción personal, y eso es algo que estamos intentando evitar".

Una vez que se resuelva la situación, su visión como internista es que esto debe llegar a quedarse. Porque la reducción de las interacciones con los pacientes se debe mantener a largo plazo.

## ATENCIÓN PRIMARIA

Los miembros del Grupo de Trabajo de Cardiovascular de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) también han participado en el desarrollo de la estrategia presentada por el ministerio. Isabel Egocheaga, coordinadora de este grupo, y uno de sus miembros, Javier Gamarra, conocen de primera mano su desarrollo.

La perspectiva de este grupo es que la pandemia ha puesto en evidencia la excesiva dependencia asistencial de los pacientes anticoagulados, principalmente con AVK, así como la necesidad de innovar en el control y seguimiento y de potenciar el autocuidado. También abogan por que la suspensión del visado sea a largo plazo.



# El lunes comienza la adjudicación presencial y telemática de plazas MIR

La resolución establece turnos en cada una de las sesiones programadas hasta el día 31 de julio

GM  
Madrid

El próximo lunes día 13 julio a las ocho de la mañana comenzará la adjudicación de plazas de formación sanitaria especializada para la titulación de Medicina en el salón de actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad.

Así lo recoge en una Resolución de la Dirección General de Ordenación Profesional que da cumplimiento a lo dispuesto en el auto del Tribunal Supremo, de fecha 29 de junio, que establece que se puede llevar a cabo la elección mediante comparecencia presencial o de forma electrónica, según remarca el Ministerio de Sanidad en un comunicado.

La resolución establece turnos de recepción de aspirantes en cada una de las sesiones programadas hasta el día 31 de julio con el fin de poder cumplir con las medidas higiénico-sanitarias y de control de aforo para evitar la transmisión de la COVID-19.

Sanidad insiste en que los aspirantes podrán realizar también la elección de plaza mediante los medios electrónicos ya establecidos, "tal y como se ha estado realizando sin incidencias para el resto de titulaciones en la presente convocatoria", cita textualmente.

Las personas a las que se adjudique plaza tomarán posesión de la misma en el centro correspondiente entre los días 21 y 25



El Ministerio de Sanidad acogerá este lunes la adjudicación presencial de plazas MIR en el salón de actos Ernest Lluch.

## Se adoptarán medidas como el control de aforo y uso de mascarillas y solución hidroalcohólica

de septiembre, ambos incluidos. Ese último día se considerará la fecha de inicio del período formativo.

### MEDIDAS HIGIÉNICAS

La Dirección General de Ordenación Profesional ha emitido instrucciones para recordar, entre otros aspectos, que no podrán acceder al Ministerio de Sanidad aquellas personas con síntomas compatibles con la COVID-19, aquellas a las que se les haya

diagnosticado la enfermedad y que no hayan finalizado el período de aislamiento o las que se encuentren en cuarentena por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada. En este caso deberán realizar la solicitud de manera telemática.

También recuerdan que las personas aspirantes no podrán acceder al Ministerio acompañadas salvo que precisen asistencia debidamente justificada.

Además, antes de acceder se tomará la temperatura y en caso de ser mayor de 37º no se permitirá el acceso. Asimismo, se deberán evitar aglomeraciones y la formación de grupos y guardar la distancia de seguridad recomendada.

Una vez en el interior el ministerio insiste en que se deberán atender las instrucciones del personal, usar mascarilla y aplicarse solución hidroalcohólica al entrar y salir.

## El PP presenta una PNL para impulsar la formación especializada en la UE

DANIELA GONZÁLEZ  
Madrid

Impulsar el desarrollo reglado en la formación sanitaria especializada en centros asistenciales de otros países es el objeto de la nueva Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Popular registrada en el Congreso de los Diputados.

Una petición a la que instan al Gobierno desde la "plena coordinación" con las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como mediante la cooperación con los consejos de colegios profesionales.

En su exposición de motivos, la iniciativa ensalza la reputación de los profesionales sanitarios españoles. Desde el Grupo Parlamentario Popular recuerdan que éstos "son solicitados por los países de todo el mundo". Respecto a ello, el grupo popular señala que este prestigio se ha construido ante la calidad del desempeño docente e investigador, lo que ha impulsado a situar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud "entre los mejor valorados de España".

En su texto, el Grupo Parlamentario Popular recuerda los primeros pasos de la formación sanitaria especializada, que cali-

fican como "una historia de éxito". Esta trayectoria ha permitido que los profesionales actuales cuenten con esta reputación. No obstante, reconocen que "el modelo tiene cierto margen de mejora". Un ejemplo que destacan es el desarrollo de ciertas especialidades y los sistemas de evaluación.

### FORMALIZAR EL MODELO

Con esta iniciativa, los populares se suman a las peticiones planteadas desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para que el modelo se internacionalice. Esta modalidad garantizaría que los residentes

puedan desarrollar su formación especializada en centros asistenciales de otros países, especialmente en la Unión Europea, remarcan.

La formación política respalda la visión sobre este tema del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, que consideran necesario "formalizarlo más allá de acuerdos puntuales".

En sus demandas, el Consejo General de Médicos propone períodos de seis meses y un año para que los residentes tengan acceso a la formación especializada en un entorno internacional.



Se basan en peticiones del Cgcom.

# Profesión



## Los profesionales apuntan a un “relajamiento excesivo” de la población

Los Consejos Generales que representan a los sanitarios han publicado un nuevo manifiesto conjunto

**ALBERTO CORNEJO**  
Madrid

Ante el necesario escenario de acuerdos para la “reconstrucción” social y económica provocado por la crisis sanitaria de la COVID-19, Medicina, Enfermería, los Consejos Generales de Farmacéuticos (CGCOF), Dentistas, Fisioterapia, Logopedia, Ópticos-Optometristas, Podología, y Veterinaria han evaluado de forma conjunta la situación actual del sistema sanitario y han consensuado un nuevo posicionamiento común. Un nuevo posicionamiento que se suma a otros realizados por las profesiones sanitarias a lo largo de la crisis del coronavirus.

En esta nueva declaración conjunta, todas las instituciones sanitarias hacen ver su “creciente preocupación por el excesivo relajamiento de la población en el cumplimiento de las medidas preventivas contra la COVID-19”. En este sentido, alertan de que “de nada habrán servido tantos esfuerzos, tanta

### OTROS POSICIONAMIENTOS

**Las profesiones sanitarias mantienen un buen número de posicionamientos comunes. Estos son algunos de ellos:**

**Es necesario un gran acuerdo por la financiación suficiente de nuestro SNS. Una financiación estable y consolidada fiscalmente.**

**Las políticas de salud pública, de evaluación sanitaria, de garantías públicas, del medicamento, etc., deben priorizarse.**

**Deben analizarse las actuales prestaciones sanitarias y considerar seriamente la inclusión en la cartera de servicios de aquellos tratamientos básicos.**

**Se hace obligado desarrollar una política de estado de recursos humanos en salud.**

**Todas las profesiones reunidas han priorizado la Atención Primaria como el nivel asistencial a reforzar.**

**Es preciso caminar hacia una necesaria y obligada atención sociosanitaria.**

dedicación y tantos sacrificios si no somos capaces de implementar las medidas que hasta la fecha presentan más evidencias científicas ante una infección sin precedentes: distancia física, el uso de mascarillas, la higiene de manos y otras recomendaciones que establezcan las Autoridades Sanitarias”, señalan.

### ABANDONO DE LA SALUD PÚBLICA

Ya en clave política, los sanitarios recuerdan que la pandemia “ha evidenciado todas las debilidades de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)” y ha dejado visible algunas de las “urgentes actuaciones a poner en marcha para reconducir nuestra Sanidad a los niveles que presentaba hace algo más de una década”.

“El escaso presupuesto dedicado a Salud Pública (menos del 2% del total del gasto sanitario) y a la Sanidad en España, el escaso desarrollo de la Ley de 2011 de Salud Pública, la falta de priorización que se ha dado en la agenda política a la Sanidad en

su conjunto (nueve ministros y sus correspondientes equipos desde 2008), han producido una situación que no puede volver a repetirse. Revertir lo expuesto anteriormente debe priorizarse en un esperado y anhelado Pacto por la Sanidad”, completan.

También en este sentido los sanitarios coinciden en que la pandemia por la COVID-19 ha dejado de manifiesto “el abandono de la Salud Pública en España”. Se hace esencial el desarrollar la Ley General de Salud Pública (2011) —reiteran— así como aumentar los recursos humanos en el entorno de la prevención y utilizar todos los recursos profesionales y asistenciales disponibles, como son entre otros, los establecimientos sanitarios. “Abogamos por una apuesta que impulse el liderazgo del Ministerio de Sanidad, con un sistema renovado de compromiso y lealtad con las comunidades autónomas a través de un sistema de agencias cogobernado y cogestionado”, refrendan.



# Farmacia Hospitalaria

## Colaboración público-privada para evitar la escasez de suministros COVID

El BOE articula un mecanismo de restricciones temporales a la exportación y suministros centralizados

**CARLOS B. RODRÍGUEZ**  
Madrid

El suministro y acceso a los productos COVID ocupa y preocupa a nivel internacional. El Gobierno español ya ha dado pasos en firme para asegurar el suministro de vacunas o tratamientos contra la COVID-19 que hayan obtenido financiación pública. Dichos pasos se articulan en torno a un mecanismo de colaboración público-privada que prevé restricciones temporales a la exportación y suministros centralizados.

Todos los detalles han sido publicados en el Boletín Oficial del Estado. El acceso a la innovación COVID ha quedado recogida en el Real Decreto-ley 25/2020, de 3 de julio, de medidas urgentes para apoyar la reactivación económica y el empleo. Concretamente, en la disposición adicional quinta, que lleva como título "Explotación de resultados en proyectos relacionados con la emergencia sanitaria COVID-19 que hayan obtenido financiación pública".

### REQUISITOS

La aplicación de esos "mecanismos de colaboración público-privada" está sujeta a una serie de condiciones. En primer lugar, debe tratarse de un medicamento o producto sanitario, o



### Abastecimiento

El Gobierno ha dado ya pasos en firme para asegurar el suministro de vacunas o tratamientos con financiación pública

de un producto intermedio para su transformación industrial en medicamento o producto sanitario. También puede tratarse de equipamientos, modelos, prototipos, sistemas o ingenierías de proceso necesarios para su desarrollo.

En segundo lugar, tales innovaciones deben ser "derivadas de la emergencia sanitaria ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2". Es decir, debe ser 'productos COVID'. En tercer lugar, como reza el título de la disposición, deben ser el resultado de

un proyecto que haya obtenido financiación pública. Por último, debe confirmarse la existencia de dificultades en la "escalada y producción" que puedan desembocar en situaciones de escasez de existencias para satisfacer la demanda interna.

### MECANISMOS DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

Con objeto de superar estos obstáculos, el mecanismo de colaboración público-privada contemplado prevé, en primer lugar, "la

sujeción de la exportación" a la autorización previa de la Aemps. Igualmente, la administración sanitaria del Estado "podrá determinar su suministro centralizado".

En todo caso, según el Real Decreto-ley, el acuerdo que se suscriba entre el agente financiador del sistema español de Ciencia, Tecnología e Innovación y la entidad "habrá de ajustarse al principio de proporcionalidad". Esto implica que las medidas contempladas sólo serían de aplicación mientras dure el problema de suministro.

## Seprafilm: contra las adherencias postoperatorias



**GM**  
Madrid

El laboratorio químico Baxter España ha anunciado la adquisición de Seprafilm, un producto anteriormente de Sanofi. El cometido del mismo es disminuir la incidencia, extensión y gravedad de las adherencias postoperatorias en la zona donde se aplica. Las adherencias, que suceden cuando en una cirugía el tejido cicatricial se une a los tejidos cercanos, son una fuente de complicaciones posquirúrgicas

importantes. Además, a menudo requieren revisión o una segunda cirugía para eliminarlas.

Seprafilm, el nuevo producto del catálogo de Baxter, ha demostrado mediante numerosos estudios que reduce la incidencia y gravedad de las adherencias en laparotomía abdominal y laparotomía pélvica. Unidos a ello, también reduce la tasa de morbilidad relacionada con las adherencias.

"Esta incorporación a nuestra división de Advanced Surgery representa una apuesta por el

área de cirugía avanzada y supone una importante adquisición a nuestra cartera líder en hemostáticos y sellantes quirúrgicos. Nos ayuda a fortalecer nuestro portfolio pero, sobre todo, a continuar avanzando en la atención al paciente en las cirugías", afirma Manuel Ventosa, Country Lead de Baxter España.

### BARRERA PARA LA PREVENCIÓN DE ADHERENCIAS

Seprafilm está formado por una membrana estéril, reab-

sorbible y traslúcida, compuesta por dos polisacáridos aniónicos, hialuronato de sodio (HA) y carboximetilcelulosa (CMC).

En cuanto al mecanismo de acción, esta membrana actúa como una barrera provisional separando superficies tisulares opuestas mientras tiene lugar el proceso normal de reparación del tejido. En torno al día 7, la membrana se reabsorbe en la cavidad abdominopélvica y casi un mes después, Seprafilm se excreta del cuerpo.

# Telefarmacia: Una cuestión de tecnología, pero también de hábitos y enfoques

Los expertos analizan en un encuentro digital el antes, durante y después de la telefarmacia

GM

Madrid

“Más allá del ‘huracán’ que ha supuesto la COVID-19 para conseguir que la telefarmacia del futuro sea más digital y verdaderamente conectada con los pacientes, necesitaremos no solo incorporar nuevas tecnologías a la asistencia sino sobre todo cambiar hábitos y enfoques profesionales”. Son las palabras de Ramón Morillo, impulsor del proyecto Mapex, de la SEFH, que ha expuesto su visión sobre este tema en una webinar celebrada recientemente bajo el título ‘Telefarmacia: +Digitales, +Conectados’.

En la sesión, moderada por Alfredo Montero, coordinador del Grupo FHusion (Grupo de farmacia digital de la SEFH, se repasó la evolución de la telefarmacia antes, durante y después de la pandemia.

En este sentido, Emilio Monte, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital La Fe, destacó que la crisis puede haber sido el impulso definitivo que hacía falta para incorporarla en la práctica asistencial.

Recordó también que la la SEFH ha publicado un documento de posicionamiento “que servirá de referencia a la hora de implementar iniciativas de telefarmacia y darles homogeneidad”. Por ello, insistió en que “el momento es ahora, si bien quedan desafíos importantes para conseguir que esta incorporación se haga de forma adecuada”.

## APLICACIÓN MÓVIL

En la misma línea, Mar Gomis, farmacéutica hospitalaria adjunta en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, explicó el desarrollo de M-Heart, una aplicación de salud móvil y eConsulta para llevar a cabo la atención farmacéutica.

Su fin último, detalló, es “acompañar a los pacientes y equipo asistencial para lograr el éxito terapéutico”.

En su opinión, “la atención farmacéutica telemática comporta múltiples oportunidades: posicionamiento del farmacéutico en determinadas prácticas farmacéuticas, integración en los equipos e instituciones sanitarias, visibilización de cara a pacientes/familias/equipo asistencial/institución, selección



Seis especialistas compartieron sus experiencias en este webinar sobre telefarmacia digital.

## El documento de posicionamiento de la SEFH sirve como referencia para homogeneizar las iniciativas de telefarmacia

## Los servicios de FH han demostrado su capacidad de reacción ante una crisis sanitaria

de prácticas que aportan valor al paciente y al sistema sanitario, además de liderar la innovación en los centros”.

Por su parte, Luis Marguino, jefe de Sección Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, afirmó que, “los servicios de Farmacia Hospitalaria han demostrado su capacidad de reacción ante una crisis sanitaria, adaptando de forma urgente sus procedimientos mediante la telefarmacia y manteniendo su responsabilidad en la Atención Farmacéutica al paciente externo”.

## SEGUIMIENTO CLÍNICO

“La telefarmacia ha demostrado su utilidad en todas las aplicaciones que reflejan tanto el posicionamiento de la SEFH como el proyecto Mapex como son el seguimiento clínico, coordinación asistencial, información al paciente, dispensación y entrega informada, todo ello con una elevada satisfacción de los pacientes”, remarcó el especialista.

Por su parte, Miguel Ángel Calleja, jefe del servicio de FH del Hospital Virgen de la Macarena, hizo hincapié en que “la telefarmacia debe ser parte de la cartera de servicios de los SFH propuesta a los pacientes para pacientes seleccionados con control del farmacéutico hospitalario”.

“Lo más importante –continuó– es la atención farmacéutica especializada de calidad que debemos ofrecer a nuestros pacientes”. En este aspecto, destacó la gran ayuda que están suponiendo las iniciativas de la SEFH: “fondo solidario, envío a domicilio, actividades formativas y posicionamiento, entre otros”.

Calleja está convencido de que la telefarmacia ha venido para quedarse y sería muy positivo para los pacientes poder contar con este servicio también de ahora en adelante, tal y como defendió.

## AVANCES NORMATIVOS Y DE PROCEDIMIENTOS

Por su parte, Cecilia Martínez, secretaria de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, indicó que pese a que se han realizado muchísimos avances tanto normativos como procedimentales y organizativos en temas relacionados con la telefarmacia aplicada al seguimiento farmacoterapéutico y el acercamiento de la medicación a sus domicilios.

“Con la publicación del posicionamiento de la SEFH al respecto y el respaldo normativo a su utilización, aún quedan muchos e importantes retos por resolver, entre los que cabe citar la limitación tecnológica para la integración de las herramientas que permitan el registro tanto operativo de

## Miguel Ángel Calleja

“La telefarmacia ha venido para quedarse y sería muy positivo para los pacientes poder contar con este servicio”

## Cecilia Martínez

Un tema pendiente es el seguimiento y comunicación bidireccional constante con el paciente

la actividad como en historia clínica del paciente de la labor del farmacéutico de hospital”, detalló.

Otro tema pendiente es “el seguimiento y comunicación bidireccional constante entre los pacientes y sus farmacéuticos, para resolver sus posibles problemas y alcanzar sus resultados máximos en salud”, de manera que “la telefarmacia permita mantener la referencialidad del farmacéutico de hospital para con los pacientes con patologías complejas”, concluyó la especialista.



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.



# Investigación



## Los estudios indican seroprevalencia baja en los países más afectados por el COVID-19

Pruebas abiertas a la población general podrían arrojar cifras más altas de inmunidad

**SANDRA PULIDO**  
Madrid

La mayoría de la población española es seronegativa a la infección por SARS-CoV-2, incluso en las zonas críticas. Esta es una de las principales conclusiones obtenidas de Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID, que concluye que un 5% de la población española tiene anticuerpos. Estos datos concuerdan con los obtenidos en el resto de países más afectados por el nuevo coronavirus.

El estudio, que ha sido publicado en 'The Lancet', indica que la mayoría de los casos confirmados por PCR tienen anticuerpos detectables, pero una proporción sustancial de personas con síntomas compatibles con COVID-19 no se sometieron a una prueba de detección y al menos un tercio de las infecciones determinadas por serología fueron asintomáticas.

Las encuestas serológicas son la mejor herramienta para determinar la propagación de una enfermedad infecciosa, particularmente en presencia de casos asintomáticos o en la identificación incompleta de aquellos con síntomas.

**“Los resultados arrojan que la seroprevalencia es bastante baja en los puntos críticos ya que ambos estudios están en línea con los datos de Wuhan”**

**“Estos hallazgos indican que incluso los países sin medidas estrictas de bloqueo han reportado una seroprevalencia baja”**

Sin embargo, Ángel Gil, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la URJC, recuerda que esto no deja de ser “un muestreo”, mientras que pruebas abiertas a la población general podrían arrojar “cifras más altas”. Así se ha visto en Torrejón

de Ardoz (Comunidad de Madrid) donde se ha detectado un 20% de anticuerpos. En el momento que deja de ser una búsqueda activa y se hace una prueba más abierta a la población, las cifras suben”, especifica.

### LOS PAÍSES CRÍTICOS

Los primeros estudios de seroprevalencia de SARS-CoV-2 se han llevado a cabo en los puntos más críticos de COVID-19, como China, Estados Unidos, Suiza y España.

En la publicación de 'The Lancet', las investigadoras Marina Pollán y Silvia Stringhini informaron por separado de datos representativos de seroprevalencia de España y Suiza recopilados entre abril y mayo de este año. Se realizaron estudios en el área urbana severamente afectada de Ginebra (Suiza) y en toda España, capturando tanto provincias fuertemente afectadas como menos afectadas.

El estudio español, que incluyó a más de 60.000 participantes, mostró una seroprevalencia nacional del 5%, con áreas urbanas alrededor de Madrid superiores al 10%. Estas diferencias en la seroprevalencia también se reflejan en los casos de CO-

VID-19 confirmados por laboratorio, que fueron mucho mayores en las zonas urbanas que en las rurales.

Por su parte, se obtuvieron números similares en los 2.766 participantes en el estudio suizo, con datos de seroprevalencia de Ginebra que alcanzaron el 10,8% a principios de mayo. Los resultados arrojan que la seroprevalencia es bastante baja en los puntos críticos ya que ambos estudios están en línea con los datos de Wuhan, el epicentro y el supuesto origen de la pandemia de SARS-CoV-2.

El estudio realizado en Wuhan aproximadamente 8 semanas después del pico de infección informó de una baja seroprevalencia: un 3,8% (2,6 a 5,4) incluso en trabajadores de la salud altamente expuestos.

Estos hallazgos indican que incluso los países sin medidas estrictas de bloqueo han reportado una seroprevalencia baja. Es el caso de Suecia, que informó de unas cifras de seroprevalencia del 7,3% a finales de abril, lo que los dejó lejos de alcanzar la inmunidad natural del rebaño en la población.

“Sueca ha tenido una estrategia distinta confinamiento.

Con el confinamiento, España ha conseguido que los casos se dilaten en el tiempo. En Suecia no han confinado y ha sido una apuesta más dura que el sistema sanitario español no podía permitirse”, subraya el catedrático.

### LA INMUNIDAD DE REBAÑO

A la luz de estos hallazgos, el artículo publicado en 'The Lancet' expone que cualquier enfoque propuesto para lograr la inmunidad de rebaño a través de la infección natural “no solo es poco ético, sino también inalcanzable”.

Con una gran mayoría de la población sin anticuerpos, la circulación del virus puede volver rápidamente a las dimensiones del inicio de la pandemia en una segunda ola. “Cuando empezó la pandemia, el 100% de la población era susceptible. Después de esto, estamos en un 95%, con lo cual estamos en el punto de partida y una segunda oleada puede hacer mucho daño” continúa Gil. “El sistema sanitario tiene que estar preparado en esta segunda oleada. El muestreo nos está poniendo en alerta y tenemos que evitar que haya un segundo confinamiento”, concluye.



## Conclusiones actuales a partir de los estudios de seroprevalencia: Estamos muy lejos de la inmunidad de grupo y necesitamos mantener la guardia alta

TRIBUNA



**José Mª Martín-Moreno**  
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia.

En el artículo de Isabella Eckerle & Benjamin Meyer en The Lancet sobre seroprevalencia del SARS-CoV-2 en focos críticos de la COVID-19, se explica lo inadecuado que supone restringir los datos a los casos diagnosticados y confirmados por el laboratorio, porque esto no refleja el verdadero alcance de la propagación o carga del virus, o su letalidad. Eso es así por la alta prevalencia de casos asintomáticos o subclínicos con infecciones leves. De ahí el interés en que se lleven a cabo encuestas de seroprevalencia mediante la detección serológica de anticuerpos específicos contra el SARS-CoV-2, para mejorar las estimaciones del verdadero número de infecciones acaecidas en una población.

Sin embargo, la cocirculación de otros coronavirus humanos y la reactividad cruzada, han hecho desde el principio que la detección serológica del SARS-CoV-2 no sea un reto simple. Y pese a los avances en la relativa sensibilidad y especificidad de los test, el escenario que se está viendo en las poblaciones estudiadas, que muestran una muy baja seroprevalencia (que se cifra en alrededor del 5%), justifica la necesidad de una cuidadosa validación de los resultados, incluyendo un examen de su verdadera sensibilidad (afectada por los falsos negativos) y especificidad (que puede resultar insuficiente cuando se produce una proporción significativa de falsos positivos).

En este artículo de The Lancet se citan los trabajos originales encabezados respectivamente por Marina Pollán y por Silvia Stringhini que informan por separado de la población representativa basada en datos de seroprevalencia en una muestra de toda España y en la zona urbana más afectada de Ginebra (Suiza), recogidas desde abril hasta principios de mayo de este año. Los exámenes se basaron en la IgG como un marcador para la exposición previa, detectada por dos ensayos para la confirmación de la exposición con resultados positivos. Para Eckerle y Meyer no pasó desapercibido un detalle: que en los citados estudios se reclutaron a participantes seleccionados al azar pero... excluyendo poblaciones institucionalizadas (es decir, residentes permanentes de residencias o casas de acogida, residentes hospitalizados o individuos reclusos en prisiones), lo cual supone una clara limitación para comprender la verdadera dimensión del problema.

Ninguno de los trabajos detectó diferencias entre sexos, y tanto los estudios de Ginebra como los de España informaron de una menor seroprevalencia en los niños comparados con los adultos. Pero queda aún por dilucidar si esto refleja una menor susceptibilidad de los niños a la infección, o simplemente que los estudios se realizaron mientras las escuelas y guarderías estaban cerradas.

La conclusión fundamental de estas cohortes representativas es que la mayor parte de la población parece no haberse contagiado / no haber estado expuesta al SARS-CoV-2, incluso en zonas con una amplia circulación del virus.

A la luz de todo esto, Eckerle y Meyer concluyen que cualquier enfoque propuesto para lograr la inmunidad de grupo mediante la infección natural no sólo es poco ético por principio, sino sencillamente inalcanzable. Dado que la gran mayoría de la población está inerte inmunológicamente ante la infección, la circulación del virus puede volver rápidamente a las primeras dimensiones de la pandemia en una segunda oleada una vez que se levanten las medidas y, añadido yo, quizá cuando la climatología haga más proclive la transmisión del virus.

La situación será lógicamente distinta cuando dispongamos de vacunas efectivas y seguras, que estén ampliamente disponibles. En esos casos los estudios de seroprevalencia podrán proporcionar información sobre el alcance y la duración de la inmunidad de grupo inducida por la vacuna. Ojalá que ese momento llegue pronto por el bien de toda la población.



## La convivencia de la gripe con la COVID-19 requiere una nueva estrategia de vacunación

Algunos países del hemisferio sur han habilitado iglesias, parques y escuelas para garantizar las coberturas

**SANDRA PULIDO**  
Madrid

La experiencia del invierno en el hemisferio sur donde están conviviendo con la gripe y la COVID-19 tiene que servir de lección para la próxima campaña de gripe en el hemisferio norte. Hay que trabajar en aumentar la concienciación de la vacunación en los grupos de riesgo, manteniendo a su vez el distanciamiento social. Así lo ha destacado José María Eiros, director del Centro Nacional de Gripe de Valladolid en la sesión de Media Training sobre la Innovación tecnológica en vacunación antigripal organizado por Seqirus.

"Tenemos que buscar espacios adaptados para la vacunación antigripal e implicar a todos los agentes para que se eviten las aglomeraciones y se asegure el distanciamiento", explicaba Eiros quien ponía de ejemplo la actuación de algunos países del hemisferio sur que han habilitado iglesias, parques y escuelas.

**Los expertos citan el ejemplo francés, donde la vacunación también se lleva a cabo en las farmacias**

En ese sentido, Xavier Cabarrocas, Medical Affairs Manager de Seqirus en España, ponía el ejemplo francés donde la vacunación también se lleva a cabo en las farmacias.

"La campaña pasada se hizo un proyecto piloto en Gerona de vacunación en farmacias con muy buenos resultados. Todo suma para incrementar las coberturas de vacunación".

**PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA**

Asimismo, la planificación de la campaña de vacunación entre todos los agentes ha sido clave en el hemisferio sur. La vacunación empezó unas semanas

antes y se alargó en el tiempo para evitar aglomeraciones. En ningún caso se recomienda empezar la campaña de vacunación antes de octubre-noviembre porque los efectos duran cuatro meses.

"Los expertos insisten en que conviene ser sensatos porque adelantar la campaña puede no ser bueno. Lo óptimo es diseñar bien la campaña de vacunación antigripal para tener la convicción de que la inmunidad que genera la vacuna se mantendrá durante un tiempo suficiente para que sea eficiente en la población", puntualizaba Eiros.

La cobertura vacunal ha caído 10 puntos porcentuales en la última década y los expertos insisten en que es vital recuperar las coberturas. "Lo importante es garantizar las coberturas para que sean homogénea y sea acorde con las expectativas", continuaba Eiros, "Así, como es importante que las compañías garanticen las coberturas de vacunación reales cuando empiece a la actividad gripal", añadía.

# Más GACETA MÉDICA



38 millones de lectores

<b>+ Salud</b>	
• Vacuna durante el embarazo	31
• Vacunas infantiles	32
• Citado neonatal	34
• Atagantamientos	35
• Noticias al día	36
• Premios BC 2019	37



El rigor de Gaceta Médica para todos los públicos en





ALFONSO J. CRUZ JENTOFT, Jefe del Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Ramón y Cajal

# “Con mayores hay que pensar en disfagia. Si no se piensa, no se encuentra”

GM  
Madrid

El jefe del Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Alfonso J. Cruz Jentoft, ofrece su experiencia sobre la disfagia orofaríngea desde el ámbito de la Geriátría, una patología en la que siguen profundizando GACETAMÉDICA y NESTLÉ HEALTH SCIENCE.

**Pregunta. Cuando un paciente ingresa en un servicio de geriatría, ¿se contempla en la práctica un posible diagnóstico de disfagia?**

Respuesta. En un servicio de geriatría ahora mismo sí. En casi todos se hace algún test de cribado o de estudio de la disfagia para saber aquellos que tienen que iniciar medidas de tratamiento, así como de educación para la familia. El problema es que hay muchos casos que se pasan por alto en los servicios de otras especialidades que no tienen esta costumbre o que no tienen esa pericia en buscarla.

**P. ¿Qué se puede hacer para lograr un diagnóstico precoz?**

R. Primero, hay que saber que el grupo en que la disfagia aparece con mayor frecuencia son las personas mayores con enfermedades neurodegenerativas, aunque también sin ellas, con edades muy avanzadas. Son enfermos ingresados en Geriátría o Medicina Interna, pero también en Neumología, Cardiología, etc. En todos estos servicios hay una cierta prevalencia de la disfagia que, si se pasa por alto, hace que el enfermo reingrese con neumonías aspirativas o que se malnutra. Este es el escenario. La única manera de arreglarlo es reconocerla pronto. Para ello se han probado varios cuestionarios. El más difundido es el EAT-10, que incluye unas preguntas para ver si hay riesgo de disfagia. En los pacientes en los que se detecta, se hace una prueba más avanzada. En la mayoría de los servicios de Geriátría lo que se hace es un test de volumen viscosidad, que consiste en dar a la persona varias texturas distintas (néctar, puding, miel, agua, etc.) con varias cantidades distintas, de modo que se pueda ver si la deglución es segura y eficaz. La prueba permite



detectar muy bien la disfagia y orientar también el tratamiento.

**P. ¿Es un síndrome geriátrico?**

R. Se considera un síndrome geriátrico, pero se diagnostica muy poco. La mayor parte de la disfagia o no se registra o solo se plasma la sospecha en los informes. En muchas personas mayores que ingresan con sospecha de neumonía aspirativa no se ha hecho una prueba de disfagia para ver si tiene aspiración o no y si el episodio lo ha sido. Acabamos de hacer un estudio que demuestra que también suele omitirse la disfagia en los informes de alta de enfermería.

**P. ¿Qué tipo de patologías están asociadas a la disfagia?**

La más clásica y mejor estudiada era el ictus. Es bastante frecuente, sobre todo en los primeros días. Pero en la disfagia orofaríngea, que es de lo que estamos hablando, la causa

importante es la aspiración bronquial, que puede ser solo del alimento y producir una irritación química, o complicarse con gérmenes, que es lo que se denomina neumonía aspirativa. Esta última es tan grave como cualquier otra neumonía en una persona mayor, especialmente si tiene enfermedades asociadas.

**P. ¿Cómo impacta la desnutrición?**

R. La malnutrición predispone a un número enorme de enfermedades y deteriora la posibilidad de curarte de cualquier otra enfermedad crónica. El hecho de estar desnutrido duplica al menos el riesgo de mortalidad y de complicaciones. También altera la cinética de los medicamentos, con lo que dificulta los tratamientos de la mayoría de enfermedades. Desde el punto de vista de costes, como son enfermos más complicados, con más número de problemas y más dificultad de tratar, alarga la estancia hospitalaria y aumenta el coste de la asistencia.

**P. ¿Qué respuesta nutricional se ha de dar a los pacientes con disfagia?**

R. Lo primero es detectar la disfagia, y buscar si hay un problema que sea corregible, algún fármaco, algún aspecto anatómico... Una vez que se tiene se trata de mantener un buen estado de nutrición y reducir complicaciones. Eso se hace con cambios en la consistencia de la dieta. La disfagia orofaríngea afecta sobre todo a los líquidos, los adapta a una consistencia que haga que el sistema deglutorio pueda tragar con normalidad. Hay distintos grados de espesor, luego se puede espesar cualquier alimento que vaya a tomarse. También hay que tomar menor cantidad por cucharada, porque el sistema funciona mejor con poca cantidad que con mucha. Hay determinadas posturas que favorecen la ingestión, generalmente es con la barbilla hacia abajo, pero hay algunas enfermedades en las que es al revés, y tienes que hiperextender el cuello, depende de la enfermedad. Es ideal que la persona sea capaz de comer sola, a su propio ritmo, y cuando necesita atención el cuidador también tiene que saber cómo hacerlo bien.

**P. ¿Qué tipo de soporte nutricional se suele aplicar a estos pacientes?**

R. Cuando una persona con disfagia se ha desnutrido es difícil que pueda corregirse solo con la alimentación. Es normal que se utilicen suplementos de nutrición en este escenario. Hay suplementos líquidos, que se pueden espesar o no, y también están saliendo suplementos espesados directamente, que tienen una consistencia más elevada y son para enfermos con esa necesidad concreta. En un enfermo con desnutrición dar suplementos y mejorar su estado nutricional es imprescindible porque mejora la capacidad funcional y reduce el riesgo de complicaciones.

**P. ¿Ante qué tipo de síntomas deben estar alerta los profesionales?**

R. Cualquier profesional que tenga un enfermo mayor, sabiendo que la disfagia es muy frecuente y que se nos pasa por alto, debe estar pendiente de ello igual que de la fiebre. Muchas veces se queja el propio paciente de que come menos o tiene problemas para tragar. Hay que valorar también cuando tienen enfermedades relacionadas con la disfagia o ante la tos. Una vez sospechada hay que confirmarla. Para ello hay que hacer la prueba de volumen-viscosidad o mandarle a una unidad de disfagia, que existen ya en algunos hospitales, para que se estudie la causa. También sería importante que enfermería de atención primaria llegue a asumir esta técnica como propia y que sea de uso habitual en todos los centros de salud.

**P. Se han estudiado los costes asociados a la disfagia en el Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles son las cifras?**

R. Hay un informe que recientemente ha hecho un catedrático de economía sobre este tema. El problema es que seguramente todas las cifras que están en los informes están infradiagnosticadas, porque no hemos detectado de verdad los casos ni las consecuencias. Sin duda, tiene un coste enorme, pero seguramente hay un grupo oculto de enfermos que no se está cuantificando, como tampoco el coste de sus cuidados.



**PERFIL:** El organismo envía dos expertos a China para rastrear la procedencia del nuevo coronavirus

## Misión especial de la OMS para descubrir los orígenes del SARS-CoV-2

**SANDRA PULIDO**

Madrid

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enviado a China a dos expertos en misión exploratoria para investigar los orígenes del SARS-CoV-2, el coronavirus responsable de la actual pandemia.

El nuevo coronavirus dio las primeras señales en un mercado de animales situado en la ciudad china de Wuhan. El primer caso notificado fue el de un trabajador del citado mercado, que ingresó en un hospital el 26 de diciembre de 2019 con neumonía grave e insuficiencia respiratoria. Tras diversos análisis se identificó el séptimo coronavirus capaz de infectar a humanos, al que se denominó SARS-CoV-2. Sin embargo, meses después todavía se desconoce la procedencia del patógeno.

Tal y como anunció en rueda de prensa, Tedros Adhanom Ghebreyesus, director de la OMS, los dos investigadores, un experto en salud animal y un experto en epidemiología con experiencia en la investigación de

### MISIÓN

Los expertos de la OMS intentarán averiguar como comenzó el virus y qué podemos hacer en el futuro para prepararnos para él

### HIPÓTESIS

Entre las teorías sobre su origen, un escenario sería la selección natural en humanos después de la transferencia zoonótica

epidemias en el campo, intentarán averiguar cómo comenzó el virus y qué podemos hacer en el futuro para prepararnos para él.

La misión tiene como objetivo cumplir las decisiones tomadas en la resolución aprobada por unanimidad a finales de mayo en la Asamblea Mundial de la Salud. El organismo solicitó a la OMS trabajar con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y los países para "identificar la fuente zoonótica del virus y la ruta de introducción a la población humana, incluido el posible papel de los huéspedes intermedios".

### POSIBLES TEORÍAS DEL ORIGEN DEL SARS-COV-2

Si bien la mayoría de los estudios han apuntado a que el virus saltó la barrera animal-humana en el mercado de Wuhan, algunas voces de Estados Unidos han postulado que el virus pudo haber escapado de un laboratorio de virología de alto nivel a millas del primer grupo de casos confirmados.

A pesar de las teorías conspiratorias, son muchos los estudios que han demostrado que el virus no pudo ser creado. Un trabajo en Nature Medicine explicó que el patógeno no pudo ser manipulado en un laboratorio. "El RBD (el dominio de unión al receptor) de SARS-CoV-2 está optimizado para unirse al ACE2 humano con una solución eficiente diferente a las comprobadas anteriormente", argumentan en el estudio, que ha sido elaborado por Kristian G. Andersen, del Departamento de Inmunología y Microbiología, Instituto de Investigación Scripps (EE.UU.) y sus colaboradores.

Además, si se hubiera realizado la manipulación genética, se hubieran utilizado, probablemente, uno de los varios sistemas de genética inversa disponibles para los betacoronavirus.

Los análisis genéticos hechos hasta el momento sugieren que el murciélago o el pangolín pudieron ser los animales que lo transmitieron a los humanos. Respecto a esta hipótesis se mantienen dos teorías:

El pangolín pudo ser un huésped intermedio. El virus RaTG13 de los murciélagos *Rhinolophus affinis* es idéntico al SARS-CoV-2 en un 96%, sin embargo su pico diverge en el RBD. Por su parte, algunos coronavirus de pangolín exhiben una fuerte similitud con el SARS-CoV-2 en el RBD. Por tanto, esta teoría sostiene la hipótesis de que el virus se originó en murciélagos y, posteriormente, pasó a estos animales.

El otro escenario planteado sería selección natural en humanos después de la transferencia zoonótica. Este fenómeno explicaría que una versión no patógena del virus saltaría de un huésped animal a los humanos y evolucionaría a su estado patógeno actual dentro del sujeto.

A día de hoy no se ha identificado ningún coronavirus animal que sea lo suficientemente similar como para haber servido de progenitor directo del SARS-CoV-2, pero, tal y como señala el estudio, la diversidad de coronavirus en los murciélagos y otras especies continúa subestimándose.