



Tiempo de "repensar" los visados en forma y fondo

Gestores y médicos abogan por revisar el procedimiento y los medicamentos a los que han de estar sujetos

Opinión

No nos olvidemos del cáncer de mama



A CORAZÓN ABIERTO

Adriana Terrádez

Directora de OncoDNA para España, Portugal y Latam

Un año más nos sumamos a la celebración del Día Internacional contra el Cáncer de Mama. Una fecha que tiene un objetivo muy concreto: sensibilizar a la población y fomentar un mayor acceso a pruebas de diagnóstico y a tratamientos efectivos. Aún más en momentos como el que estamos viviendo.

Y es que una de las consecuencias que ha traído la COVID-19 ha sido una caída sustancial en el número de nuevos diagnósticos. Un descenso que se ha achacado a la anulación de pruebas y revisiones durante el confinamiento y, posteriormente, al miedo o precaución de acercarse a los espacios sanitarios para evitar un contagio por coronavirus.

En cuestión de cáncer de mama, el diagnóstico se ha puesto en pausa para muchas mujeres y no es una buena noticia, sobre todo si tenemos en cuenta que cuanto antes se detecte mayor será la posibilidad de controlarlo y eliminarlo. Hay que retomar de nuevo el paso por ginecología y por las pruebas de cribado habituales para descartarlo o detectarlo de forma precoz.

Y para esos últimos casos a los que les toca plantar cara a la enfermedad, los especialistas en oncología utilizan cada vez más los estudios genómicos del tumor, útiles para poder ofrecer a las pacientes un tratamiento personalizado con mayores posibilidades de éxito. Gracias a todo ello se ha conseguido que el de mama sea uno de los cánceres con mejor pronóstico con una supervivencia neta a cinco años del 90%.

El oncólogo puede recomendar realizar análisis genómicos tanto de una biopsia sólida (tejido) como de una biopsia líquida (sangre). Sus resultados ofrecen al especialista una información más completa sobre el tumor, al igual que nuevas opciones de tratamiento que se adapten mejor a las características genéticas y genómicas del tumor de la paciente, aumentando no sólo las posibilidades de supervivencia, sino también evitando tratamientos innecesarios y su posible toxicidad.

En este proceso de diagnóstico y seguimiento, existen otras herramientas útiles en el entorno del big data, válidas tanto para el cáncer de mama como para cualquier otro proceso oncológico. Se trata de plataformas capaces de interpretar de forma rápida los datos genéticos en bruto del paciente y transformarlos en informes útiles para el oncólogo.

Nosotros utilizamos herramientas bioinformáticas que integran e interpretan datos genómicos procedentes de distintas áreas de estudio (patología molecular, estudios de expresión, genéticos, clínicos, etc.). El sistema los procesa y organiza para dar a los oncólogos la información necesaria para elaborar planes de tratamiento que determinen la terapia más eficaz para cada una de sus pacientes.

En algunas ocasiones es posible también contactar con otros profesionales del mundo entero a través del trabajo en red impulsado a través de estas plataformas. Es posible compartir y analizar con ellos (y desde la propia consulta) casos concretos con datos y resultados anonimizados. Una vía de trabajo útil para compartir experiencias, ver nuevos puntos de vista y encontrar entre todos la solución adecuada para cada paciente.

Son fórmulas cada vez más completas, todas ellas relacionadas con la medicina personalizada y la oncología de precisión. Dos variables conectadas entre sí que están arrojando resultados muy positivos, principalmente para los pacientes (su uso se está traduciendo en mejores resultados y nuevas opciones terapéuticas incluso en tumores más agresivos como los triple negativos).

Y también para los oncólogos, que pueden agilizar su toma de decisiones gracias a la información sobre el perfil molecular del tumor. Algo que, por otra parte, beneficia además al propio sistema de salud, que puede ser más eficiente gracias a todas estas nuevas herramientas, mejorando así el acceso de las pacientes de cáncer de mama (o de cualquier otro tipo de cáncer) a esta vía de diagnóstico y tratamiento.



Un reconocimiento necesario

EDITORIAL

El presidente de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias, Manuel Vázquez Lima, habla alto y claro sobre la situación actual. "Los urgenciólogos han mirado de frente al virus". Una realidad palpable, que se quedará grabada en la retina de la sociedad en su conjunto.

Esta sociedad científica sigue avanzando a pesar de las dificultades. Hablamos de dificultades pero no solo nos referimos a la situación epidemiológica, sino que hablamos de la gestión.

Los especialistas de urgencias y emergencias llevan años reclamando la especialidad. Una acreditación que está pendiente de ver la luz. Vázquez Lima recuerda las palabras del ministro de Sanidad, Salvador Illa, hace unos meses. "La especialidad de urgencias estará antes de final de año". El tiempo se agota, recuerda el urgenciólogo, que pide coherencia política. No solo hay que tener en cuenta el reconocimiento social, también es necesario el reconocimiento laboral para seguir motivando y respaldando a estos profesionales que lo han dado todo. Nadie duda de que el sistema sanitario necesita una reforma, pero no hay que olvidar a este grupo que representa a más de 20.000 profesionales que lo han dejado todo.

La cuestión es clara: son necesarios servicios estructurados, homogéneos y plantillas estables. La inestabilidad laboral que salpica a este colectivo asciende a casi el 70 por ciento. Cifras inquietantes teniendo en cuenta la que tenemos encima.

Quedan apenas dos meses para que acabe este año y la esperanza aún no se ha perdido. Europa necesita contar con estos profesionales, pero precisan de un reconocimiento y acreditación profesional. En un contexto en el que Europa nos mira con lupa, ¿es razonable que estos profesionales no tengan la acreditación? Este reconocimiento es una necesidad social. España la necesita. Bélgica, Bulgaria, Croacia, Estonia... Y más de una decena de países comparten esa forma de entender la medicina de urgencias. Han sido numerosas las ocasiones que esta petición ha circulado por las cortes. Aceptada por todos los colores políticos. Es hora de avanzar definitivamente. No es una historia de vencedores ni vencidos. Todos ganamos. Ha llegado el momento de mirar de frente a este colectivo, y seguir reforzando el sistema sanitario.

El Ministerio de Sanidad garantizó que la especialidad de urgencias vería la luz antes de que acabe el año

El estado de la sanidad: estrés y vuelta a empezar

CARTA DEL EDITOR



Santiago de Quiroga

Editor de
Gaceta Médica

Si realizáramos un balance de cómo está la sanidad coincidiríamos en el diagnóstico. Los profesionales sanitarios, especialmente el personal médico y de enfermería, se encuentran agotados. Apenas nos estábamos recuperando de la primera ola de Covid-19 y ya nos vemos envueltos en la segunda. Con el nuevo esfuerzo de los sanitarios, más protección de la población y más concienciación (de la mayoría).

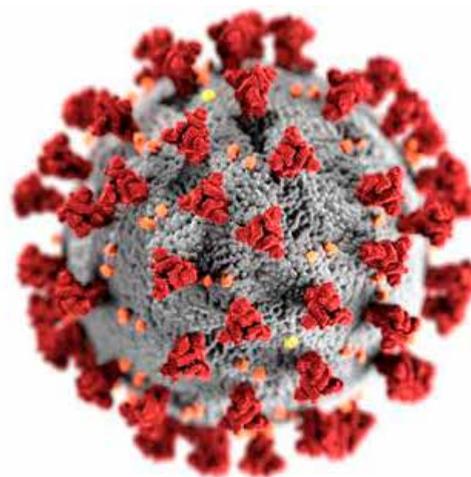
Pero ni así se garantiza que no rocemos el colapso sanitario con una alta ocupación de camas hospitalarias por la Covid-19 que ya existe. El vicepresidente de la Junta de Castilla y León, Paco Igea, decía que la gravedad de la situación hospitalaria le llevaba a pensar que deberían sacar a los pacientes a la calle. Intentaba explicar de manera gráfica la saturación hospitalaria en la región. Estamos otra vez aquí, ahora con más test que antes, con más protección (mascarillas, distancia) que antes y con más prudencia que antes. Pero aún así, vuelven a sobrevolar las medidas que confinan al virus, y con éste a las personas. Mientras que la mayoría de la sociedad sufre por un recorte de la vida social, un impacto en las relaciones personales y el riesgo de sus empleos, los profesionales lo afrontan de otra manera. No, no parece que vayan a perder su empleo los sanitarios, pero su salud está sometida a un estrés recurrente desde la primera ola. Cuando apenas se ha descansado de los efectos por la tensión sufrida en los anteriores meses, se vuelven a ver inmersos de nuevo en lo mismo.

Por eso, no parece razonable legislar a espaldas de los que están dando la cara en los hospitales y centros de salud. Los médicos y médicas de España están preocupados porque haya personas no comunitarias que no estén cualificadas para realizar tareas de especialistas. Y es que es de sentido común. La necesidad de un puesto de un especialista no se solventa con un médico no formado. En realidad se empeora la asistencia. Pero volvemos a lo de siempre: se toman decisiones que no se han debatido con aquellos a quienes les afecta. Los 158 votos a favor en el Congreso de los diputados fueron suficientes contra las 190 abstenciones. La urgencia no es cubrir de cualquier manera la necesidad de profesionales, sino que sean personas cualificadas. O escuchamos a los implicados, o volveremos a equivocarnos en las mismas cosas, o en otras nuevas.

No parece razonable legislar a espaldas de los que están dando la cara en los hospitales y centros de salud



EN IMÁGENES



El CSIC participa en el desarrollo de un clon infeccioso del SARS-CoV-2 para estudiar y conocer el coronavirus

Un equipo internacional que cuenta con investigadores del CSIC está trabajando con este fin a partir del uso de cromosomas artificiales bacterianos. Así, sus responsables pretenden comprender detalles esenciales del ciclo viral y su patogenicidad. Además, una vez se consiga esto, permitirá desarrollar nuevos tratamientos antivirales y vacunas vivas atenuadas. El trabajo está dirigido por Luis Martínez-Sobrido, científico del Instituto de Investigaciones Biomédicas de Texas. Ha contado con la colaboración de los científicos Fernando Almazán, del CNB-CSIC, y de Juan Carlos de la Torre, del Instituto de Investigación Scripps de San Diego, La Joya.



El Hospital La Paz realiza el primer trasplante simultáneo del mundo multivisceral y de progenitores hematopoyéticos

La Unidad de Rehabilitación Intestinal junto con el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica y la Unidad de Médula del Servicio de Hematología han realizado el primer trasplante simultáneo del mundo multivisceral y de progenitores hematopoyéticos, procedentes de un mismo donante a un paciente menor de edad que padece una enfermedad congénita. El joven padece displasia epitelial intestinal por la que el intestino no absorbe nutrientes debido a un problema en la mucosa, por lo que ha tenido ser alimentado mediante nutrición parenteral desde su nacimiento.

GACETA MÉDICA

wecare-u.
healthcare communication group

Publicación de:



20
años

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:
José L. del Olmo (Área Financiera)
Cristina Fernández (Business Controller)
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 Gar-
cía-Nieto y Vicente Díaz Sagredo

Dirección y Redacción:
C/ Albasanz, 15; 28037 Madrid
Sede Social y Eventos:
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 Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas han dado el visto bueno este jueves a un plan en el que los técnicos llevan trabajando la última semana.

Ministerio y comunidades acuerdan la respuesta común a la segunda ola

El documento ha sido respaldado por todas las regiones con la abstención de Madrid y País Vasco

MARTA RIESGO / MÓNICA GAIL
Madrid

El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas han acordado este jueves, en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), un documento de Actuaciones de respuesta coordinada para hacer frente a la pandemia por Covid-19. El documento ha contado con el apoyo de todas las comunidades autónomas menos la Comunidad de Madrid y País Vasco, que se han abstenido en la votación.

Se trata, tal y como explicó el propio ministro de Sanidad, Salvador Illa, en la rueda de prensa tras el CISNS, de un marco de criterios comunes para la interpretación de los indicadores epidemiológicos. Está dirigido a garantizar la coordinación suficiente entre territorios, posibilitando que las CC. AA. tomen las medidas complementarias que consideren oportunas.

El texto incluye indicadores de transmisión (incidencias, positividad y trazabilidad), de utiliza-

Nivel máximo

El nivel cuatro contempla medidas excepcionales que pueden requerir activar estados de alarma, de excepción o de sitio

ción de los servicios sanitarios (ocupación hospitalaria y de UCI) e indicadores complementarios que ayudan a evaluar el riesgo. Todos ellos, tal y como asegura Sanidad, se han seleccionado por su utilidad para capturar los aspectos más importantes de la situación epidemiológica y las capacidades de respuesta. En cada uno de estos indicadores, se establecen umbrales para determinar si el riesgo es bajo, medio, alto o extremo.

CUATRO NIVELES

Los indicadores, asegura el Ministerio, deben interpretarse siempre en su conjunto, de for-

ma dinámica, valorando específicamente tanto la tendencia como la velocidad. Así, la combinación del resultado de los indicadores posicionará a cada territorio en un nivel de alerta, del 1 al 4. Estos se irán aplicando tanto en escenarios de aumento de riesgo como de reducción.

De este modo, se recomienda incrementar el nivel de alerta cuando la situación esté suficientemente consolidada, pero para disminuirlo, será necesario que los indicadores permanezcan en un nivel de riesgo menor durante al menos 14 días.

Finalmente, el documento propone actuaciones a instaurar en cada unidad territorial que haya sido evaluada en los niveles de alerta del 1 al 3. Para aquellos territorios situados en un nivel de alerta 4, además de las actuaciones recogidas en el nivel 3, se establecen medidas excepcionales, que podrán requerir la activación del mecanismo previsto para los estados de alarma, excepción y sitio.

Serán las comunidades autónomas quienes decidirán

cuándo y qué medidas se aplican. Antes de su implantación, informarán de ello al Ministerio de Sanidad. De forma coordinada con el Ministerio, revisarán de forma periódica la situación epidemiológica para valorar, mantener o modificar el nivel de alerta y las medidas aplicadas.

El documento de Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de Covid-19 es un desarrollo técnico del Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia, que aprobó el Consejo Interterritorial del SNS el 16 de julio, y que se ajusta a la situación epidemiológica de cada momento.

EQUIDAD Y COHESIÓN

Por otra parte, el Ministerio anunciaba a principios de semana que ha sacado a consulta pública el Anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), que introduce el enfoque de la salud en todas las políticas públicas. A través de esta ley, las memorias

de impacto normativo de las futuras iniciativas (anteproyectos de ley, proyectos de real decreto legislativo y todas las normas reglamentarias) tendrán que recoger de forma preceptiva un apartado en el que se indicará el impacto en la población.

Esta medida materializa el enfoque de Salud en todas las políticas. De esta manera, se deberá de tener en cuenta las implicaciones en la salud en cada una de las políticas públicas, en todos los sectores y de manera sistemática. El objetivo es evitar impactos perjudiciales para la salud, mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Asimismo, se introduce una modificación del Fondo de Garantía Asistencial. El objetivo es hacer viable su desarrollo reglamentario, para poder cubrir mediante este fondo extrapresupuestario los desplazamientos de las personas titulares del derecho a la protección de la salud en el SNS entre comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, garantizando la cohesión y equidad en el SNS.

Madrid apuesta por más diagnóstico, capacidad asistencial y prevención

La comunidad recuperará su estrategia propia si considera que la iniciativa nacional no tiene aval científico

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

La Comunidad de Madrid aspiraba a que el baremo de medidas a adoptar ante la COVID-19 debatido en el Consejo Interterritorial tuviera "criterios sensatos" y "aval científico". Un objetivo que no se ha cumplido, a juzgar por su abstención en la votación final. A partir de aquí, y con la información disponible al cierre de esta edición, el Gobierno regional "seguirá con su propio plan", basado en seguir aumentando la capacidad diagnóstica, garantizar una mayor capacidad asistencial, potenciar las medidas de prevención y concienciación y, en caso necesario, seguir aplicando medidas de restricción de movilidad en zonas de salud y áreas concretas. Así lo ha asegurado el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, durante los desayunos socio-sanitarios de Europa Press.

El establecimiento de parámetros comunes que a su vez tengan en cuenta las especificidades de cada región se ha convertido en una constante en



Enrique Ruiz Escudero

Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid

"El virus sigue aquí. No podemos hablar en pasado. Muchas medidas siguen vigentes o deben volver a ponerse en práctica"

la dialéctica entre el Ministerio de Sanidad y las autonomías, en especial Madrid. La propuesta del Gobierno incluirá opciones que actúan a distintos niveles de alerta, definidos a su vez por un proceso de evaluación del riesgo.

Madrid es crítica con el hecho de que, de los ocho nuevos criterios, seis sean epidemiológicos y solo dos sean asistenciales. Y es más crítica aún con el hecho de que, en su nueva versión, el Ejecutivo haya eliminado algo que para la Comunidad es clave: la capa-

cidad de elasticidad vinculada al criterio de camas UCI. El baremo del CISNS establece en su lugar que se cuente el número de camas uci pre-COVID, algo que, según Ruiz Escudero, "no responde a la realidad y no ayuda a conocer la capacidad del conjunto del sistema para atender a los pacientes críticos".

UNA ESTRATEGIA COVID "PERFECTAMENTE DEFINIDA"

Precisamente si de algo puede esgrimir la comunidad de Madrid en el debate sobre el nuevo baremo es su capacidad de elasticidad en la lucha contra la pandemia. Ejemplo de ello son las cifras de la primera ola. "En tiempo record se transformaron los hospitales y centros sanitarios. Pasamos de cerca de 12.000 camas a más de 24.000. En el caso de las UCI, pasamos de 540 a más de 1.900. Triplizamos los puestos de servicios de urgencia, se reforzó el sistema con más de 10.000 nuevos profesionales, se medicalizaron más de 300 residencias...", ha enumerado Ruiz Escudero.

En esa capacidad sigue con-

fiando la Comunidad para abordar la segunda ola, que coincide con llegada del frío y la gripe.

Dentro de esa "estrategia COVID perfectamente definida", el Gobierno regional sigue confiando en su apuesta desde finales de septiembre. "La Comunidad seguirá apostando por la estrategia de restricción de movilidad y de actividad en zonas básicas de salud con mayor concentración de contagios. Hay que actuar donde está el problema y lo tenemos identificado con monitorización diaria. Controlamos la actividad de cada hospital, de cada centro de Atención Primaria, cada traslado del SUMMA, cada brote y cada incidencia. Tenemos información al detalle y eso es lo eficaz y lo imprescindible para una buena gestión", ha defendido el consejero de Sanidad.

Por lo pronto, parece que las cifras empiezan a dar una tregua. Ruiz Escudero ha destacado que el número de positivos está descendiendo más de un 50 por ciento en todas las áreas básicas de salud donde se han adoptado restricciones, según detalló el consejero.

Castilla y León ha aumentado el gasto en personal sanitario en 81 millones desde el inicio de la pandemia

E.M.C.
Madrid

El ministro de Sanidad, Salvador Illa, se reúne este viernes en Valladolid con la consejera de Sanidad de Castilla y León, Verónica Casado, y el presidente de la Junta. La comunidad autónoma estudia declarar el estado de alarma y establecer un toque de queda entre las 21 y las 6 horas para frenar el avance de la pandemia en la región.

Castilla y León era una de las comunidades partidarias de activar de forma rápida esta medida, que no salió adelante en el Interterritorial a falta de estudiar su encaje jurídico.

A principios de semana la consejera reclamaba al Ministerio criterios comunes de actua-

ción para toda España frente a la COVID-19.

En un encuentro virtual organizado defendía la necesidad de marcar "no muchos criterios, pero sí representativos" que puedan servir de guía de actuación a las regiones.

A 30 de septiembre, y desde el inicio de la pandemia, recordó en este foro que se ha producido un aumento del gasto en la región en más de 253,76 millones de euros, de los que 81,6 han ido a parar a gasto de personal y 97,2 a productos sanitarios y EPIS.

Asimismo, repasó que una docena de municipios contaban ya con restricciones en Castilla y León, al tiempo que admitía las dificultades para buscar el equilibrio entre la protección de la sa-



Verónica Casado, consejera de Sanidad de Castilla y León.

lud y el impacto que pueden tener las medidas que se adoptan.

"Es una realidad difícil y compleja, con víctimas directas e indirectas. El gran reto es conse-

guir un equilibrio entre el entorno COVID-19 y no COVID", expuso.

Casado remarcó que es necesario conocer el pronóstico y la evolución de la pandemia. "El

primero es que habrá muchos casos y fallecidos; lo segundo, que puede que la situación se alargue y nos lleve hasta la próxima primavera", auguró el también médico de familia.

En su fotografía de la situación en la región, la titular de Sanidad aseguró que en Castilla y León en mes y medio se ha duplicado la incidencia acumulada a 7 y 14 días, declarando más del doble de casos a la semana.

"En este momento las plantas de hospitales están igual que el 23 de abril y las UCIS como el 3 de mayo. Es una situación bastante compleja", insistió. "Vemos que sigue subiendo pero no sabemos ni hasta cuándo ni cuánto", lamentó la responsable sanitaria de la comunidad.



El debate sobre el fin del visado en triple terapia de EPOC se aviva a nivel regional

PP, Ciudadanos y VOX han presentado tres PNLs en Aragón en las que instan a elevar la eliminación de este trámite al seno del Interterritorial

MARIO RUIZ
Madrid

La puesta en duda sobre la necesidad del Visado de Inspección Médica en la prescripción de la triple terapia de EPOC se aviva a nivel regional. Concretamente, el Pleno de Aragón ha ejercido de escenario para el debate conjunto de tres PNLs articuladas por VOX, Ciudadanos y Partido Popular con la mencionada propuesta como denominador común. Así, aún votándose por separado, la oposición ha mostrado su voluntad por extender esta posibilidad al Gobierno central en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Precisamente el Ejecutivo central hizo germinar la semilla de este movimiento tras liberar una respuesta escrita a pregunta de C's en el Congreso el pasado marzo. La perplejidad de parte de los médicos se hizo patente entonces desde entidades como la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ) y la Federación Española de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias

EXTENDER EL PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO DE CANTABRIA

Al margen del debate sobre los fármacos cuya prescripción debe ser visada, algunos grupos ponen también el foco en impulsar un procedimiento que quite carga burocrática a los profesionales. En este sentido, el diputado popular en el parlamento cántabro, César Pascual, llevó a la cámara regional la posibilidad de acercar el modelo de visado electrónico que se lleva a cabo en esta comunidad a otras administraciones a través CISNS. No obstante, la PNL no consiguió fructificar, al recibir 6 votos negativos frente a cuatro afirmativos.

"Somos conscientes de que el visado electrónico que tiene el SCS permite que no existan tantos problemas y una de las alternativas es ofrecer este tipo de visado a otras CC. AA. Creo que la experiencia de Cantabria puede servir para mitigar en la medida de lo posible esta inequidad en el resto del país", indicó. Por su parte, el diputado por C's en Cantabria, Félix Álvarez, señaló que con el visado electrónico los pacientes solo tienen que ir una vez al año, con lo cual esa inequidad se reduce a la mínima expresión.

(Fenaer), quienes ya expresaron su rechazo vía carta al Ministerio de Sanidad.

También la Asociación de Pacientes con EPOC, Apepoc, mostró su descontento e inició una ronda de contactos para buscar el consenso de las fuerzas políticas. Una 'gira' donde Madrid y Cantabria, entre otras, han escuchado sus peticiones, así como Guillermo Díaz, portavoz de Sanidad de la formación naranja en la Cámara Baja.

De igual forma, la excepcional situación derivada por la pandemia de COVID-19 ha provocado que buena parte de las autonomías hayan dejado en suspenso los propios visados. Una determinación que ha sido avalada por neumólogos y médicos de familia, pero que ha generado por otro lado una situación de inequidad territorial en el acceso a este tratamiento en las comunidades que mantienen este requisito 'en vigor'.

Por su parte, Salvador Illa se comprometió a estudiar el mantenimiento de esta suspensión hasta la llegada de una vacuna contra la enfermedad provocada por el SARS-CoV-2.

EL ARGUMENTARIO DE LAS PNLs

Tal y como defienden PP y C's en los textos presentados, la problemática con respecto a esta enfermedad y el acceso inmediato a los tratamientos indicados por los profesionales requiere de la eliminación de estas trabas burocráticas. Asimismo, señalan en este punto a la necesidad de proteger a los pacientes de EPOC de la COVID-19, evitando su exposición en las zonas de mayor riesgo de contagio, facilitando el acceso a la triple terapia.

Asimismo, las propuestas coinciden en destacar la ventaja que ofrece la misma al administrarse en un único inhalador. A este respecto, subrayan la importancia que supone garantizar su llegada a aquellas personas a las que se les indica, puesto que favorece la adherencia terapéutica en gran medida.

Aunque de parte de VOX no se alude a beneficios concretos de la eliminación del visado, su PNL sí que insta en su exposición de medidas frente a la EPOC a que el Gobierno de Aragón eleve el debate al seno del Consejo Interterritorial.



Nos inspira una única visión:
Transformar la vida de los pacientes
a través de la ciencia



Visita [bms.es](https://www.bms.es) y comprueba el toque humano que hay detrás de todo lo que hacemos.

©2020 Bristol-Myers Squibb Company. All rights reserved.

Qué fármacos y con qué procedimiento, el 'quid' de la cuestión en visados

Todos coinciden en la necesidad de renovar el actual modelo y revisar qué fármacos deben estar sujetos



Imagen de la mesa multidisciplinar del congreso virtual de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen).

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

La suspensión de los visados de fármacos en algunas comunidades autónomas durante estos meses de pandemia de COVID-19 ha reabierto un debate sobre el papel de esta herramienta, diseñada en origen para el control del gasto farmacéutico.

Una mesa multidisciplinar en el marco del Congreso de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) ha analizado el sistema de visado farmacéutico desde la óptica de médicos, pacientes, gestores sanitarios e inspectores y la conclusión es clara. Los participantes coinciden en que es preciso cambiar este procedimiento, tal y como se lleva a cabo en la actualidad, aprovechar los avances tecnológicos para evitar cargar al médico con tareas burocráticas y también revisar y actualizar los fármacos que tendrían que estar sujetos a este trámite administrativo.

Ana Pastor, vicepresidenta del Congreso de los Diputados y ex ministra de Sanidad, se mostró contundente: "El sistema tiene que revisarse de forma comple-

Frente al esquema de fiscalización previa, los expertos defienden un procedimiento de auditorías a posteriori en perfiles concretos

ta. Lo hemos presentado así en el Congreso de los Diputados", expuso.

Pastor recordó que el origen del visado se remonta al año 78 y que se confirmó con la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento. Aunque en un primer momento su finalidad era controlar el gasto, Pastor indicó que después se han tratado de buscar otras bondades como que permite introducir de forma escalonada la innovación terapéutica o realizar un mejor seguimiento farmacológico.

"Con los sistemas de información tan precisos que tenemos, no se debe usar nunca como algo para controlar el gasto, sino para valorar la adecuada prescripción, el seguimiento far-

macológico o el uso racional", subrayó.

Asimismo, Pastor defendió la eficiencia en el gasto, al mismo tiempo que recaló que "cuando se pone a los médicos a hacer burocracia cuando lo que tienen que hacer es atención sanitaria hacemos un flaco favor a los pacientes y a los profesionales".

Para finalizar, remarcó que la labor de los inspectores en este terreno resulta clave, pero insistió en que el proceso tiene que ser revisado para todos los fármacos.

AUTOMATIZAR EL PROCEDIMIENTO

Por su parte, José Martínez Olmos, ex Secretario General de Sanidad, hizo hincapié en que han cambiado muchas cosas desde el origen de los visados en nuestro país, entre otras, el planteamiento que se emplea en la promoción de los medicamentos. En cualquier caso, el experto se mostró partidario de mantener un control que garantice que el uso de la medicación es aquel para el que está indicado.

Martínez Olmos destacó también la gran variabilidad que existe en la práctica clínica y aseguró que a día de hoy esta-

mos en condiciones de automatizar este procedimiento. En su opinión, es ahí donde hay que situar el debate sobre este asunto.

Por su parte, Gregorio Gómez, presidente de la Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios, explicó que apenas un 10 por ciento de los visados que se solicitan son rechazados, y que en muchas ocasiones la negativa tiene que ver con una información insuficiente, indicaciones no financiadas, etc.

El portavoz de los inspectores abogó por un modelo que supere un formato que calificó como "anacrónico". Frente al actual sistema de fiscalización previa sin responsabilidad por parte del profesional prescriptor, según definió el procedimiento actual, Gómez planteó un esquema de auditoría posterior. "La solución es incluir este trámite en los sistemas informáticos, de forma automatizada, y controlar a posteriori en los modelos de prescripción que se consideren "sospechosos", propuso. La idea fue bien recibida por todos.

En esta línea, Serafín Romero, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, destacó que "el médico

tiene la libertad de prescribir y ha de asumir la responsabilidad ante una prescripción inadecuada. Hay que mantener cierto control con transparencia y responsabilidad".

Romero avaló que el sistema electrónico lo permite todo. "Otra cosa es decidir a qué medicamentos se les ponen trabas o se su facilita su prescripción. Hay que ver qué medicamentos entran y salen de este requisito", insistió.

En este sentido, el presidente de Semergen, José Polo, se mostró partidario de un procedimiento informático y puso el acento en las contradicciones que plantea este esquema de visados: "Se mantiene la financiación de fármacos que no han mostrado efectividad, pero aquí el foco está en ACOD, triple terapia y antidiabéticos que sí están avalados. Hay ciertos visados que no se sostienen", defendió.

Polo argumentó que a día de hoy no pueden prescribir "determinados medicamentos por la presión del control de los costes en fármacos que salvan vidas", y matizó que no está en contra de realizar auditorías y que es fácil valorar si se prescribe bien o mal.

Profesión

MANUEL VÁZQUEZ LIMA, Presidente de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (Semes)

“Los profesionales de urgencias han mirado de frente al virus”

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

Recién nombrado presidente de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (Semes), Manuel Vázquez Lima, hasta hace unos días vicepresidente, asume su nuevo puesto de responsabilidad con ilusión. Manuel, también conocido como Tato, tiene las cosas muy claras. Siguiendo la estela de Semes en los últimos tiempos, el reconocimiento de la especialidad de Urgencias y Emergencias sigue siendo una prioridad. “La realidad es que nosotros hemos estado, estamos y seguiremos estando en primera línea”, recuerda, haciendo referencia a esa primera línea de batalla en la lucha contra la COVID-19.

Pregunta. ¿Cómo asume esta etapa al frente de Semes?

Respuesta. Lo asumo con la misma ilusión que cuando empecé este proyecto hace ya cuatro años como vicepresidente primero. Aparte de lo que es la sociedad científica, tengo claras las líneas maestras. Por un lado, la formación de nuestros profesionales. Ligado a esto, hay dos asuntos clave: El velar por el reconocimiento social y profesional de los urgenciólogos y en eso incluyo médicos, enfermeros y técnicos, y el reconocimiento de la especialidad de urgencias en España.

P. Un asunto ‘histórico’ para Semes...

R. Creo que los profesionales de urgencias, y esto no lo duda nadie porque la población lo ha vivido, han mirado de frente al virus. Son los que han estado en primera línea y no se han escondido jamás. Ahí han estado: de dique de contención. Pero es que siguen estando, y dándolo todo. Tengo una sensación agri-dulce. A pesar de haberlo dado absolutamente todo, parece todo el foco mediático giro entorno a las demandas de otros colectivos y profesionales sanitarios. Ojo! Me parece muy lícito,



“Necesitos servicios estructurados, homogéneos y plantillas estables, ¡ya! Esto es un mensaje para todas las comunidades”

pero, que los que han estado ahí y nunca se han escondido se les ha obviado,

Estoy hablando de la temporalidad de las plantillas. Lo que ha pasado este verano en algunos servicios de urgencias de algunas comunidades ha sido indecoroso. El índice de temporalidad en los servicios es vergonzante. Que tengamos este índice de temporalidad de profesionales que se han dejado el

alma atendiendo la pandemia, ¿de qué estamos hablando! Nadie duda de que el sistema sanitario necesita una reforma, pero no hay que olvidar a este grupo que representa 20.000 profesionales que lo han dejado todo.

P. ¿Cuáles son las necesidades actuales?

R. Necesitamos servicios estructurados, homogéneos y plantillas estables, ya. No hay más demora. Esto es un mensaje para todas las comunidades. Esto es el presente. Luego está la garantía de futuro: el recambio generacional y para eso está la especialidad de medicina de urgencias y de enfermería de urgencias en España. Tanto en el entorno político y sanitario a muchos se le llena la boca con Europa pero ¿La hemos mirado? Tenemos un colectivo que se ha dejado el alma aquí y que no está ni reconocido en Europa. Lo tenemos así desde hace diez años. Por favor, mandemos un poco de coherencia.

P. Hablemos de ese entorno político...

R. ¿Qué imagen tienen los políticos a día de hoy? Creo que no hace falta que la califique: tienen un deterioro absoluto. Hace dos años el Congreso aprobó una PNL instando al Gobierno a aprobar la especialidad de urgencias. Hace dos años, el Senado hizo una proposición en la misma línea al Gobierno. Han pasado dos años. ¿No se ha hecho nada! ¿Quiéren ustedes recuperar su crédito? Cumplan lo que prometan. Es un llamamiento a todos los partidos que firmaron esas iniciativas, aprobadas por unanimidad. Todo ello, sin olvidar los años que llevamos en Sanidad con los distintos ministros. Muchos de ellos prometen una cosa y luego no hacen nada. Me centro en Salvador Illa. En abril dijo claramente en el Congreso que antes de acabar el año estaba solucionado ese problema. Lo único que apelo es a su palabra. Si quieren que crea-

mos en los políticos, cumplan lo que prometen. A nuestro colectivo se la ninguneado y maltratado, a pesar de que nunca se ha escondido.

P. ¿Está prevista alguna reunión con el Ministerio de Sanidad?

R. Como nuevo presidente de Semes no le he solicitado la reunión pero sí la hemos solicitado en varias ocasiones en el periodo anterior. A la nueva secretaria de Estado también. No obstante, garantizo que esta semana saldrá una petición personal nuevamente, tanto a la secretaria como al ministro para que nos reciba. Yo solo represento a un colectivo, nada más.

P. Además de la especialidad y el reconocimiento, ¿qué desafíos tiene Semes?

R. La formación. Nuestra formación es potentísima, y más en una situación de pandemia, donde tenemos que mantener la distancia de seguridad y donde no podemos hacer las reuniones que hacíamos antes. Evidentemente, ya llevamos tiempo explorando las vías de formación vía webinar pero queremos explorar nuevas fórmulas. Probablemente estén ligadas en nuestros 35 grupos de trabajo, intentando hacer jornadas monográficas con casos clínicos y revisiones online. No podemos ir a otra vía de momento.

El otro reto son nuestros eventos masivos: tanto el congreso nacional como los autonómicos. Tendremos que orientarlos en esta misma línea. Es un reto muy claro. Además, si sale adelante la promesa del ministro también tenemos que configurar lo que sería nuestro mapa de competencias, que ya tenemos hecho, y el reconocimiento de los primeros profesionales que podrían tener esa titulación.

No hay que olvidar tampoco un desafío más particular que es nuestra revista, que tiene un factor de impacto elevado: está en el primer cuartil de su especialidad. Esto ha hecho que Semes se haya convertido en editorial propia, con lo cual queremos darle más salida a nuestra revista y probablemente iniciar nuevos proyectos adicionales, así como generar nuevas editoriales en otras revistas o publicaciones científicas para dar cabida a toda la actividad científica que generan nuestros socios.

CAFÉ DE REDACCIÓN: La mo



Hacia la consolidación de la monitorización remota de pacientes

La pandemia de la COVID-19 ha puesto sobre la mesa la necesidad de aprovechar esta oportunidad de la mano de la tecnología sanitaria

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

La COVID-19 puesto sobre la mesa el papel y las oportunidades que ofrece la tecnología sanitaria. El uso de la telemedicina para la monitorización ambulatoria es uno de los ejemplos. Se trata de que el paciente no tenga que acudir al hospital periódicamente para revisar su marcapasos o desfibrilador, sino que mediante un transmisor que coloca en su mesilla de noche, sea posible acceder a los datos, que llegan a una página web del hospital correspondiente y el servicio controla el perfecto funcionamiento del aparato. Algo útil en este contexto en el que el objetivo es reducir las visitas a los centros sanitarios. Con este objetivo tuvo lugar el encuentro virtual en el marco de la MedtechWeek 2020, "La monitorización remota: Cómo el COVID-19 ha transformado el cuidado de nuestros pacientes", organizada

La COVID-19 ha potenciado al máximo estas herramientas que permiten tratar a pacientes de forma telemática

por Gaceta Médica.

Como explicó el gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Manuel Molina, en el caso concreto de este hospital llevan mucho tiempo trabajando con el programa de crónicos para adaptar todas las herramientas y la tecnología que permita hacer un seguimiento más permanente y continuo a los pacientes, pero sin tener que desplazar al profesional ni masificar

las consultas. "La COVID-19 ha potenciado al máximo estas herramientas y han visto como nos permite tratar a pacientes de forma telemática". De hecho, explica, actualmente están potenciando en todas las áreas el uso de esas nuevas tecnologías. "Se trata de una oportunidad en la que hemos dado pasos de gigante en solo seis meses, hay que mantenerlo y que no tenga marcha atrás", apuntó.

Por su parte, el jefe de Sección de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Rafael Salguero, esta situación está suponiendo una prueba de estrés muy importante. Frente a esto, "hemos buscado la solución que consideramos más oportuna". La experiencia acumulada de estos meses pone de manifiesto que asuntos que frenaban el impulso de estas tecnologías, como el miedo del paciente, se ha superado por el miedo al virus. "Ahora no son pocos los pacientes que reclaman esta te-

Se ha comprobado una reducción de hasta el 80% en las visitas médicas innecesarias

leasistencia. Lo que tenemos es que ser inteligentes porque hay que aprovechar el impulso para dar el siguiente paso".

En esta línea, Francisco Javier García, jefe de la Unidad de Arritmias en el Hospital de Burgos, explicó que "es probable que ahora exista una oportunidad de poner las cosas en su sitio y tecnologías que no usábamos lo que debíamos ahora las hemos usado incluso en exceso".

Pedro Soriano, responsable de FFPaciente, ahondó en la importancia de la salud digital. Una herramienta que, en su opinión, ayuda al paciente a tener un poco más de conciencia en el proceso de su salud. "El paciente tiene más información puede acceder a ella y pueden crear comunidades de pacientes en red. Hacer una sanidad más participativa es importante".

UN PASO MÁS EN MONITORIZACIÓN REMOTA

García explicó que con la monitorización remota de los dispositivos cardiacos implantables requieren de una supervisión de especialistas. "Hasta ahora los pacientes cada cierto tiempo visitaban los hospitales para chequearlos". En este sentido, la monitorización remota permite que no tengan que acudir al centro sanitario para ver los resultados que muestra el dispositivo. "Dentro de la monitorización remota existen los segui-

Monitorización remota



Imagen del encuentro virtual.

mientos remotos en los que el paciente tiene un papel activo". Esto permite, aseguró García, que no acuda al hospital y que el paciente le transmita al clínico la información. Otra fórmula es la monitorización remota en lo que no hace falta que el paciente transmita información. "Funciona como un sistema de alerta y podemos ver cuando existe una condición de alarma. Ambas son muy eficientes y reducen la carga de trabajo y la necesidad de acudir al hospital", apuntó. Además, la monitorización remota permite intervenir en el pronóstico del paciente. "Hay grandes registros que nos permiten ver que cuanto más adherencia a la monitorización remota hay más supervivencia, porque nos podemos adelantar antes de que se produzcan daños como la fibrilación auricular", precisó García.

Las principales limitaciones actuales radican en que en la actualidad no hay tantos pacientes en monitorización remota. "Espero que consigamos que la mayor parte de pacientes estén incluidos. Pero necesitamos el reconocimiento de todas las administraciones dotar de recursos", acotó.

APLICACIONES CLÍNICAS

Por su parte, Salgado explicó que el implante de un dispositivo persigue instigular al cora-

zón para evitar complicaciones. "Son dispositivos electrónicos que tienen baterías, circuitos y elementos que hay que chequear". De este modo, ¿qué diferencia hay entre un paciente con un seguimiento remoto o presencial? A los segundos, se les hace acudir una vez cada tres o seis meses para revisar que todos los parámetros del dispositivo están bien. "Se puede hacer de forma presencial para revisar el dispositivo. A los segundos, esas preguntas se las hace el dispositivo desde una página web.

Como apuntó Salguero, los clínicos se centran en intentar detectar a los pacientes que tienen insuficiencia cardiaca antes de que se perciba. "Esto es fundamental porque nos permitirá intervenir y descender hospitalización y mortalidad. Nos obliga a trabajar de forma diferente, reorganizarnos y no solo médicos, también enfermeros para vigilar a los pacientes".

A este respecto, Molina explicó que la experiencia hospitalaria es "bastante potente". "Según los últimos datos tenemos más de 819 pacientes en monitorización remota y el 40 por ciento con marcapasos y 60 con desfibriladores".

A modo de ejemplo, Molina apuntó a que en 2019 tuvieron más de 4.000 consultas

físicas. Algo que, a su juicio, demuestra que hay mucho camino por recorrer. Asimismo recalcó el papel que juega enfermería en el seguimiento de los pacientes. De hecho, el Virgen del Rocío está inmerso en el programa Mercurio, un proyecto que permite una comunicación bidireccional entre el paciente y el profesional. "Además, nos permite un intercambio seguro de datos y tenemos mucho campo por delante pero nos está facilitando no solo la atención sino que disponemos de más espacio".

Si se hace cuantificación del tiempo, habría que tener en cuenta que durante el 2019 se dieron más de 1.500 las telemonitorizaciones, teniendo en cuenta que un paciente está en consulta mínimo unos 30 minutos... La respuesta está clara. "Nos encantaría poder hacer la monitorización de todos los pacientes e ir mejorándola, sobre todo del multipatológico", precisó. Precisamente, a este respecto García puntualizó que hace unos años se llevó a cabo un estudio en el que analizaba el tiempo de visita por paciente con marcapasos y desfibriladores. "Pudimos demostrar que se redujeron las visitas presenciales en torno al 80 por ciento". En este sentido, el cardiólogo está convencido de que la monitorización remota debe ser para todos los pacientes.

Para Soriano, todo esto es un reto. "Hay que asegurarse de que hay un circuito seguro", explicó. En su opinión, la pandemia ha hecho que los pacientes acepten la llegada de las tecnologías sanitarias. Son conscientes de que ayudan al sistema".

En esta línea, para Salguero no hay que perder de vista que los recursos son limitados y hay que decidir en qué se invierte. La principal desventaja que ve este experto es la pérdida del contacto físico que existe con el profesional sanitario. Algo que es "de un valor incalculable". Por otra parte, la protección de datos puede ser un hándicap, aunque considera que en ocasiones esto se ha utilizado como excusa para no potenciar y poner en marcha todas estas posibilidades. En definitiva, Salguero advierte que existe una brecha digital con las personas mayores, aunque éstas ya están teniendo su relevo en las nuevas generaciones que ya son nativas.

MEJORAS EN PRÁCTICA CLÍNICA

"Se ha visto en registros americanos con muchos miles de pacientes en los que se ha demostrado que los pacientes en seguimiento remoto cuanto más tiempo mejor supervivencia y expectativas de vida", añadió García. Este experto indica que se ha demostrado en otros estudios que la monitorización remota permite adelantarse a determinados problemas y eso reduce la mortalidad. "El impacto es muy importante en los pacientes".

Los expertos coincidieron en que la monitorización remota es el presente. "Es una tecnología muy fiable, nos permite tener en cuenta los parámetros de manera muy precoz. Ahora hay herramientas para poder conectarlos con el dispositivo móvil y seguro que podremos comunicarnos con el paciente por el mismo mecanismo", añadió García.

¿HACIA DÓNDE VAMOS?

De cara al futuro este cardiólogo considera que cuando el sistema entienda que la monitorización remota es realmente barata, "porque sale rentable", no harán falta, a su juicio, demasiadas excusas.

Para Molina esto tiene que ser el futuro. "Lentamente la COVID-19 nos ha dado un impulso y hemos visto la utilidad para el seguimiento de pacientes y tiene que ser así. Tenemos que incentivar a nuestros profesionales". Es cierto, dijo, que su puesta en marcha inicial puede requerir una inversión. Sin embargo, "al poco tiempo va a generar disminución de costes y más aprovechamiento de recursos", precisó.

Salguero, por su parte, quiso finalizar con dos mensajes. Por un lado, "tenemos que intentar entre todos vencer las reticencias y las trabas. La dificultad no es una excusa". Por otro lado, en su opinión hay que trabajar en vencer las trabas administrativas. Para ello, "las direcciones de los centros juegan un papel fundamental. Si vemos hacia donde tenemos que ir tenemos que ir hacia el mismo sitio". Además, Salguero fue más allá. El papel de estos dispositivos va más allá de los pacientes. "Lo veo también hacia la población sana". De este modo, comentó que la persona sana que se preocupa por su salud requerirá alguien al otro lado. "Va a ser un trabajo difícil pero la demanda existe y va a crecer".

Por último, Soriano insistió en no perder la oportunidad. "Los pacientes tienen la posibilidad de participar más activamente en su autocuidado y su seguimiento y eso repercute en su salud. Vamos en el buen camino", acotó.

A.M.A consolida su crecimiento en el sector sanitario en su Asamblea General

El volumen de productos que componen la cartera de la mutua ha conseguido incrementarse en un 4,4 por ciento

GACETA MÉDICA
Madrid

A.M.A. seguros ha conseguido reforzar su liderazgo en el sector asegurador en 2019 al incrementar el beneficio, el número de pólizas, los productos contratados y duplicar la renta en sus inversiones financieras. Así lo ha puesto de manifiesto la Asamblea General de la mutua.

Las cuentas anuales han sido aprobadas por un 99,8 por ciento de los votos emitidos por los mutualistas. Estas son el resultado de haber puesto el foco en "el crecimiento rentable y sostenible, diversificando riesgos y apostando por la transformación tecnológica y organizacional", según ha afirmado el presidente de A.M.A., Luis Campos.

La buena marcha de la mutua ha quedado refrendada con 9.348.000 euros de beneficios conseguidos durante el pasado año, un 11 por ciento más que en el ejercicio anterior. Las primas devengadas del seguro



Asamblea General de A.M.A.

La mutua obtuvo un 11 por ciento más de beneficios durante el pasado año que en el ejercicio anterior

directo también aumentaron hasta los 178.461.000 euros, un 1,8 por ciento más que en 2018.

Por su parte, el número de pólizas se incrementó un 1,3 por ciento hasta alcanzar la cifra de 560.062. Además, el volumen de productos que com-

ponían la cartera de A.M.A. fue de 1.058.370, lo que supuso un crecimiento del 4,4 por ciento.

Continuando con las cifras ofrecidas en la Asamblea, A.M.A. finalizó el anterior ejercicio con un ratio de cobertura del 205 por ciento, con un excedente de fondos propios libres de 113,5 millones de euros. Esta progresión permite a la mutua afrontar con determinación la compleja situación originada por la crisis del coronavirus en 2020 que, sin duda, tendrá consecuencia directa en la evolución del conjunto de los mercados financieros y aseguradores.

A.M.A VIDA, AMÉRICA SEGUROS Y RCP

En la Asamblea se subrayó la solidez de los resultados obtenidos por AMA Vida y AMA América Seguros. Las dos sociedades presididas por Diego Murillo, han superado todas las expectativas con un crecimiento fulgurante en un tiempo récord.

Así, en lo que se refiere a AMA Vida cerró el pasado ejercicio

con 80.000 asegurados más hasta alcanzar la cantidad de 122.831 gracias a la firma de 1.214 pólizas individuales y 67 colectivas. AMA América, por su parte, obtuvo un crecimiento de cerca del 100%, convirtiéndose en un referente entre las organizaciones y profesionales de la Salud en Ecuador, con el respaldo de más de 5.000 asegurados.

De igual forma, Luis Campos ha recordado también que la mutua decidió a principios del mes de marzo de este año ofrecer gratuitamente el seguro de Responsabilidad Civil Profesional (RCP) a todos los mutualistas o asegurados de A.M.A., en el caso de que no estuvieran cubiertos por un seguro de responsabilidad civil profesional. Una medida que supuso un mensaje de tranquilidad y apoyo a todos los que luchan en primera línea y que se ha traducido durante los últimos meses en un notable incremento del número de reclamaciones atendidas.

Concentraciones en protesta por el RD29/2020 en la antesala de la huelga del 27-O

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

Justo el mismo día en el que el Boletín Oficial del Estado publica el RD 29/2020 de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, que permite la contratación de médicos extracomunitarios y permite la movilidad de los profesionales, los médicos inician sus actividades de protesta.

En la antesala de la huelga nacional, que tendrá lugar, si no hay respuesta por parte del Ministerio de Sanidad, el próximo 27 de octubre, los facultativos han sido convocados por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) para realizar concentraciones simultáneas en distintos centros de las comunidades autónomas entre las 11,30 y las 12,00 de este jueves.

El objetivo es el mismo, lograr la retirada del texto e iniciar un

camino de diálogo, y es que la confederación insiste en que este Real Decreto solo empeorará aún más las condiciones laborales de los profesionales y también la seguridad del paciente.

REUNIONES DEL FORO CON PACIENTES Y SOCIEDAD CIVIL

A lo largo de esta semana el Foro de la Profesión Médica, en el que están representados tanto el sindicato como las entidades colegiales, sociedades científicas, estudiantes y decanos de Medicina, ha mantenido encuentros con algunas asociaciones de pacientes y organizaciones como Amnistía Internacional para trasladarles la necesidad de retirar de manera urgente esta normativa ante el riesgo de deterioro del SNS tanto para profesionales como para pacientes.

El foro ha recibido el apoyo de estas organizaciones, que coinciden en que esta medida supone un punto de inflexión y un riesgo

evidente de pérdida de la calidad asistencial del sistema sanitario e insisten en una reunión urgente con el ministro de Sanidad.

En este sentido, el mismo martes el foro trasladó una última carta con la solicitud de diálogo al ministro de Sanidad.

Además de los argumentos ya expresados, el foro remarca que las medidas que recoge el texto generan una gran confusión en las organizaciones sanitarias y los profesionales, conllevan un claro deterioro del sistema sanitario y no cuentan con el apoyo de profesionales, pacientes y organizaciones del sector.

196 VOTOS A FAVOR EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Con la publicación en el BOE de hoy y tras su trámite parlamentario en el pleno del Congreso de los Diputados a finales de la semana pasada, se abre la puerta a la posibilidad de que las comunidades



Gabriel del Pozo, secretario general de CESM, atendiendo a los medios este jueves.

autónomas pongan en marcha una serie de medidas para flexibilizar la contratación de profesionales sanitarios que han levantado al sector sanitario en pleno.

A pesar de las quejas desde todos los ámbitos profesionales, la votación del RD 29/2020 salió adelante el jueves pasado en la Cámara Baja con un respaldo mayoritario, 196 votos a favor, 141 votos en contra y 10 abstenciones. Obtuvo menos apoyo, aunque suficiente, la votación para tramitar el texto como Proyecto de Ley por el procedimiento de urgencia del Real Decreto, con 158 votos a favor y 190 abstenciones.

En su debate, la portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular, Elvira Velasco, reprochó al ministro de Sanidad que no haya sido él quien expusiera el Real Decreto-ley. No en vano, fue la Ministra de Política Territorial y Función Pública, Carolina Darias, la encargada de defender el texto en el pleno.

En su intervención, la portavoz del Gobierno justificó la urgencia con la que se introdujeron estas medidas de flexibilidad para la contratación de recursos humanos en el sistema sanitario público como respuesta a la petición de las comunidades autónomas.

JAVIER ESCALADA, Presidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

“El visado dificulta el acceso a antidiabéticos con beneficios cardiacos y renales”

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

Javier Escalada ha asumido la presidencia de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición en el 61 Congreso nacional, que concluyó hace unos días. Este especialista, que dirige el Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica Universidad de Navarra, explica a GM la experiencia de los servicios en estos meses de pandemia y las líneas de trabajo de una sociedad que agrupa a más de 1.900 socios. La mayoría, alrededor de 1.400, especialistas en endocrinología, pero también con una amplia participación de investigadores básicos que confían en una perspectiva multidisciplinar para seguir avanzando.

Pregunta. En estos meses la mayor parte de los especialistas han centrado su atención en la COVID-19, ¿cómo ha sido la experiencia en los servicios de Endocrinología y Nutrición de los centros españoles?

Respuesta. Nos ha pasado igual que al resto. La gente más joven, que todavía era movilizable, ha tenido que dejar de ser el especialista que tocaba, en su caso endocrinólogos, y han tenido que dar soporte a la primera línea de batalla que era la paciente con COVID-19, ante la avalancha de pacientes. Siempre quedaba una parte del departamento o servicio para atender a todo aquello que no era patología COVID, pero sí que ha supuesto una situación desconocida para todos en la que hemos salido adelante como hemos podido.

La inmensa mayoría de nuestros pacientes son ambulatorios, rara vez tienen que ingresar. Aquí se ha relanzado telemedicina, teleconsulta, etc., que no hemos tenido más remedio que incorporar a marchas forzadas.

Dentro de este sálvese quien pueda lo hemos intentado hacer lo mejor posible. Pasada la primera oleada, y con la segunda aquí, hemos recibido una avalancha de pacientes que querían recuperar su seguimiento, lo que ha supuesto una situación de estrés. Estamos todavía normalizando la situación.

P. Buscando también el equilibrio para seguir dando aten-



Estos visados tienen criterios exclusivamente económicos y con una mala visión de futuro. Estos fármacos ahorran costes donde más se gasta en diabetes”

ción a los pacientes COVID-19 sin dejar de lado a los crónicos... ¿Cómo de importante es el soporte nutricional en pacientes COVID-19?

R. Se ha visto que es fundamental. Por un lado, la obesidad se relacionó en seguida con mala evolución en pacientes con COVID, era uno de los parámetros ligados a una mala evolución. Aparte de esto, la desnutrición que muchas veces existe en los pacientes hospitalizados en los pacientes con COVID es importante porque por sus ca-

racterísticas propias, la tormenta de citoquinas, etc., supone un enorme gasto energético y por tanto una necesidad de suplir esa demanda tan alta desde el punto de vista nutricional.

Hemos ido viendo que el soporte nutricional era fundamental con las dificultades que plantea nutrir a pacientes muy delicados, muy enfermos, que muchas veces había que colocar boca abajo y que están intubados y que no es fácil. Ello ha generado una serie de recomendaciones que han puesto de relieve que clarísimamente el abordaje y el soporte nutricional es un elemento clave para una correcta evolución de estos pacientes.

P. Durante el confinamiento también hemos visto que algunas comunidades autónomas han dejado en suspenso los visados, que afectan a algunos tratamientos antidiabéticos, ¿cuál la posición de la SEEN al respecto?

R. Nuestra sociedad científica apoyó el manifiesto de FEDE en su solicitud de retirar el visado en fármacos antidiabéticos porque dificulta el acceso a fárma-

cos que han demostrado no solo un beneficio en el control glucémico, que es algo que se le presupone, sino también beneficio cardiaco y renal. Con fármacos que demuestran esto nos cuesta tanto pensar que qué puede haber detrás de una solicitud de visado que no tiene ningún sentido que se mantenga.

Con la abundante evidencia científica que hay sobre estos medicamentos ahora mismo y la situación de COVID no tiene ningún sentido. Es simplemente un tema economicista y con mala visión de futuro. Son fármacos más caros que evitan ingresos, complicaciones y malas evoluciones que ahorran donde más se gasta en diabetes, en hospitalización y complicaciones. No lo entendemos.

P. Acaban de celebrar también el 61 Congreso de la SEEN, su primer encuentro virtual, ¿qué balance hacen?

R. Estábamos un poco asustados de entrada. No es fácil organizar un congreso virtual, teníamos dudas sobre si se seguiría el encuentro, etc. La impresión inicial es bastante

buena, hemos tenido un buen feedback. Se ha mantenido un buen nivel en cuanto a calidad científica.

Hubo que adelgazar el programa pero en esa selección acertamos. Se abordaron aspectos genéticos en algunas patologías poco frecuentes, también se hicieron presentaciones en patología tiroidea tumoral, que hay mucha afectación. Hubo una presentación muy destacada de una experta internacional sobre una molécula, copeptina, para el diagnóstico de diabetes insípida. Se habló de técnicas de composición corporal que se han aplicado a pacientes ingresados por COVID, y se está viendo como una herramienta discriminativa de la evolución mejor o peor que otros pacientes. La conferencia de clausura del profesor Ordoñas fue muy buena. Monitorización continua de glucosa y nuevas moléculas, hipoglucemia grave... sesiones específicas de COVID. Se abordó más o menos todo, en un congreso en el que se pone de manifiesto que abarcamos muchas cosas, la sociedad piense en nosotros por diabetes.

P. Lidera una junta directiva renovada, ¿qué líneas van a seguir?

R. Se ha renovado parcialmente, nos hemos incorporado cinco personas nuevas y somos doce en total. Tenemos ganas de hacer muchas cosas. Queremos que la sociedad española de endocrinología sea la especialidad referente en diabetes, junto con las de medicina de familia y las federaciones de pacientes. A veces se sorprenden. Con motivo de los últimos tratamientos ha habido un interés lógico de especialidades como cardiología o nefrología que antes no existía. Eso ha hecho que se haya diluido un poco la especialidad referente en diabetes, que hemos sido nosotros, y queremos recuperar ese papel.

Otro proyecto tiene que ver con la digitalización, big data, inteligencia artificial. También hay otra línea de trabajo, ya iniciada, que tiene que ver con nuestra relación con el ámbito universitario, el mundo de la docencia, con esa idea de que la población y los futuros médicos sepan quiénes somos y qué hacemos exactamente.



Segunda ola COVID-19: Un 42% de los médicos se considera menos preparado

Los profesionales de atención primaria y aquellos que trabajaron en UCI y servicios de urgencias presentan peores indicadores de salud

MARIO RUIZ
Madrid

La percepción de la salud mental y física de los profesionales sanitarios debido al impacto de la COVID-19 es, por lo general, peor que la de la población general. De hecho, hasta un 42 por ciento de los médicos se considera menos preparado y más cansado ante un segundo embate de la enfermedad provocada por el SARS-CoV-2. Así lo refrenda un estudio que evalúa la situación en la que llega el colectivo ante una segunda ola de pandemia.

Este análisis ha sido llevado a cabo por la Fundación Galatea, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) y las profesoras Nuria Mas (IESE) y Judit Vall (Instituto de Economía de Barcelona IEB-UB). Para ello, se han recogido las respuestas de 1.648 médicos de la comunidad durante los meses de julio y agosto. De igual forma, se prevé ampliar este mismo estudio con la colaboración de la Organización Médica Colegial (OMC).

El agotamiento que muestran se hace también evidente en el hecho de que un 24 por ciento asegura haberse cuestionado si seguían ejerciendo la profesión. Además, la encuesta constata el empeoramiento de la salud física y mental de los médicos a partir de varios indicadores: frecuencia con la que experimentan agotamiento físico y emocional, cefaleas, dolor de estómago o dolor de espalda; así como capacidad para hacer frente a los problemas, entre otros.

Hasta un 31,7% de los profesionales de atención primaria encuestados se ha planteado abandonar la profesión por la COVID-19

Los valores de estos indicadores se comparan en tres momentos diferentes: antes de la pandemia, durante el estallido de la primera ola (marzo y abril) y durante el verano. Los peores valores se obtienen en el periodo de marzo-abril, mientras que en verano, a pesar de experimentar una mejora, no se recupera el nivel de partida anterior a la pandemia.

PROFESIONALES MÁS VULNERABLES

El estudio detecta que hay determinados colectivos que muestran peores indicadores de salud. Entre los más afectados están los médicos que trabajan en la atención primaria, aquellos que trabajaron en UCI y servicios de urgencias y los que decidieron autoconfinarse para proteger a su familia en la fase más aguda de la COVID-19. Estos grupos también muestran una recuperación más lenta que el resto de compañeros.

Entre los profesionales de la atención primaria (25,7 por ciento de la muestra), ha sido más frecuente el planteamiento de abandonar la profesión: un 31,7 por ciento de lo han considerado

en algún momento. Un dato muy por encima del 21,3 los compañeros del ámbito hospitalario y del 22,2 de otros ámbitos. También indican sentirse menos preparados de cara a hacer frente a lo que queda de pandemia. Así lo afirma el 48,4 por ciento de los médicos y médicas de primaria.

En cuanto a los médicos de UCI y servicios de urgencias, hasta el 68 por ciento declaró que en el momento más álgido (marzo-abril) se sintieron cansados siempre o muy a menudo. Este indicador se encuentra muy por encima del 57,6 por ciento de la muestra total, un porcentaje que antes de la crisis era del 27,7 por ciento.

EL EQUIPO COMO ELEMENTO PROTECTOR

Uno de los aspectos más positivos que revela este estudio es que los profesionales que trabajan en equipos donde se comparten objetivos y donde existe un "sentimiento de pertenencia" reportan mejores indicadores de salud física y emocional que el resto. Estos profesionales se enfrentan a menos conflictos éticos y menos estrés en su actividad diaria, ya que las decisiones y los problemas se afrontan de manera compartida.

Según la encuesta, hasta un 31,2 por ciento de los profesionales que no cuentan con el apoyo de un "equipo protector" afirman que se enfrentan a conflictos éticos con frecuencia. Este porcentaje baja hasta el 24,5 por ciento entre los profesionales que se sienten integrados y apoyados por un equipo.

Saber más sobre responsabilidad civil

Medicina satisfactiva vs. Medicina curativa: ¿qué obligaciones tiene el médico?

Una paciente acudió a una clínica privada para someterse a una intervención de aumento de pecho. Presentaba mamas de tipo "tuberosas"; una peculiar morfología pero en absoluto una patología que requiriera de una intervención quirúrgica por motivos de salud.

La paciente declaró que, a una semana de la intervención, se le informó de que, debido a la morfología de la mama, no era posible implantarle una prótesis redonda, sino anatómica. La paciente también refirió que en el preoperatorio no se le realizó mamografía alguna, únicamente un electrocardiograma y una analítica. Por otro lado, la paciente estimó insuficiente el consentimiento informado, puesto que no contemplaba un mayor riesgo o complicación por la morfología de las mamas.

Es sometida al acto quirúrgico, consistente en la implantación de prótesis mamarias, sin incidencia alguna durante la intervención. Durante el posoperatorio no presentó complicaciones, solo el desagrado de la paciente por haberse realizado la incisión por la areola y no por el polo inferior, como ella deseaba.

Durante las revisiones realizadas en las semanas y meses posteriores a la intervención no se observaron complicaciones ni incidencias. Cinco meses después, la paciente observó extrañezas en la prótesis derecha; ésta estaba caída y formaba un círculo en torno al polo inferior del pecho. Además, presentaba dolor en el pecho, en la zona más próxima a la axila.

La paciente acudió a otro médico buscando una segunda opinión, el cual determinó que la prótesis derecha se había salido del bolsillo. Tras realizar una ecografía de ambos pechos observó una rotura del músculo pectoral, planteando, debido a esta complicación, una intervención de mastopexia para la reconstrucción de la mama.

Ante ello, la paciente presentó una demanda contra la clínica y los facultativos que intervinieron en la primera operación quirúrgica, aludiendo falta de información, mala praxis, ausencia de resultados, pruebas preoperatorias insuficientes y daños fisiológicos, psicológicos y estéticos como consecuencia de la mala praxis.

La defensa de la parte demandada sostuvo que la paciente presentaba un tipo de pecho llamado "pseudoptosis" (mama caída), motivo por el que se optó por la implantación de prótesis para conseguir una cierta elevación de las mamas, eligiéndose las anatómicas por ser las más indicadas para la morfología de la paciente, pues esta insistió en que deseaba un pecho grande pero que tuviera el aspecto más natural posible. Asimismo, se señaló que para decidir el tipo de prótesis a implantar no era necesario practicar una ecografía, prueba que no se realiza en pacientes sin patologías previas. La parte demandada defendió que se llevó a cabo la primera intervención sin incidencias y actuando en todo momento conforme a la lex artis.

Una vez analizados los argumentos de ambas partes, el juez concluyó, en alusión a la Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de abril de 1994, que el contrato que une al paciente con el médico a cuyos cuidados se somete ha de considerarse como arrendamiento de servicios, en razón a que tanto la naturaleza mortal del hombre como la insuficiencia de la ciencia médica para la curación de determinadas enfermedades, junto con que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la Medicina actual, aun resultando eficaces para la generalidad de los pacientes, lo que impide considerar al contrato como de obra, el cual obliga a la consecución de un resultado. Esta calificación de contrato de arrendamiento de servicios se traslada también a los casos de Medicina voluntaria, si bien el contrato, sin perder su carácter de arrendamiento de servicios —que impone al médico una obligación de medios y no resultados— se aproxima al de arrendamiento de obra, por lo que se añade la exigencia de una mayor garantía.

Esta distinción es esencial para establecer la responsabilidad de los facultativos, ya que, en caso de obligación de medios, es requisito indispensable probar el nexo causal y el resultado desproporcionado, sin embargo, en caso de obligación de resultados, bastaría con la acreditación de la falta del resultado esperado.

Por todo ello, el juez desestimó la demanda, al no poderse demostrar que los doctores demandados actuaran negligentemente y en contra de la lex artis. Además, la paciente fue informada de los riesgos y complicaciones y de la posibilidad de no obtener el resultado que quería, necesitando una cirugía adicional.

Investigación



CRISPR-CAS14, siguiente paso en el desarrollo de las terapias oncológicas

Las investigaciones apuntan a que se utilizará en la modificación de células cancerosas

SANDRA PULIDO
Madrid

La sesión presidencial del Congreso SEOM2020 virtual se ha centrado en tres ámbitos diferentes de la oncología: El CRISPR-CAS14, los retos en la curación del cáncer de pulmón y el comienzo de los tratamientos paliativos en los pacientes con cáncer avanzado.

El reciente descubrimiento de la proteína 14 (Cas14), por el grupo de investigadores del grupo de Jennifer Doudna, supuso un nuevo avance en la medicina general. Los científicos han descubierto que posee una actividad de dirección de ADN monocatenario (ss), a pesar de ser dos veces más pequeño que Cas9, una capacidad que podría conferir una defensa contra virus con genomas de ssDNA.

Martínez Mojica, del departamento de Fisiología, Genética y Microbiología de la Universidad de Alicante, describió durante la sesión cómo surge CRISPR-CAS14 y los pasos de investigación más básica que permitieron que sea una realidad, con algunos de los progresos que se han logrado en medicina en general y en oncología en particular. "Creo que es muy prometedor en la identificación de nuevas dianas para el desarrollo de nuevos fármacos", señala. Otro campo que cree muy relevante es el de los numerosos ensayos clínicos que utilizan CRISPR-CAS14, "concretamente, en inmunoterapia, para modificar células T".

IMPACTO EMOCIONAL DE LOS ONCÓLOGOS

Uno de cada cuatro residentes o adjuntos jóvenes de oncología médica se han planteado abandonar su vocación médica ante la situación vivida durante la primera ola de la pandemia por COVID-19. Este es uno de los datos que arroja la encuesta realizada por SEOM para conocer los datos de infección de los residentes y adjuntos jóvenes, así como el impacto tanto laboral, como formativo y psicológico que han tenido.

- Un 55% de los encuestados declara haber estado preocupado bastantes veces -siempre por el riesgo de contagiar a sus convivientes y allegados.
- El 21,7% declararon tener algún factor de riesgo para padecer COVID-19 de forma grave. El 17,5% contrajeron COVID-19, principalmente de forma leve y asintomática.
- El 84% de los encuestados sufrieron cambios en sus tareas laborales durante la pandemia, y dentro de los residentes un 84,3% han visto como algunas de sus rotaciones de formación se han visto afectadas (alteradas o suspendidas). 35 personas respecto a sus rotaciones externas, en el último año de residencia con escasas opciones a ser recuperadas.
- De la muestra global, un 71,1% de los encuestados prestaron asistencia COVID-19. De ellos, un 82% asegura haber tenido que reutilizar material de protección por escasez de medios. Un 55% ha tenido que utilizar material de protección no homologado. Un 49% no recibió formación previa para uso de material de protección. La mayoría de encuestados han coincidido en que es necesario prestar más apoyo a los residentes, mejorar los planes de contingencia y los protocolos organizativos, reconocer el trabajo y aumentar la formación.

La adición de Cas14 permite detectar ADN bicatenario, ADN monocatenario y ARN. Además, la especificidad de la proteína Cas14 aumenta la fidelidad del polimorfismo de un solo nucleótido (SNP). Los estudios apuntan a que CRISPR-Cas14 se utilizará para ayudar en varios campos de investigación, como el diagnóstico de infecciones virales y microbianas, así como la detección y modificación de células cancerosas. La investigación sugiere que este sistema puede haber sido particularmente efectivo en ecosistemas que abundan en virus de ADN monocatenario.

MEDICINA PERSONALIZADA EN CÁNCER DE PULMÓN

Luis Paz-Ares, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, explicó durante su exposición que el cáncer de pulmón, como modelo de una cura del cáncer, "representa un buen ejemplo de una enfermedad muy incidente, prevenible -si se evitan los factores de riesgo- y una enfermedad en la que vemos espacio para optimizar el diagnóstico precoz. Además, los grandes avances en el conocimiento de su biología han llevado a nuevas terapias para los pacientes, con tratamientos personalizados".

"En las últimas dos décadas, se ha producido una gran mejora en la evolución de los pacientes, con mejores respuestas y más duraderas, con supervivencias a largo plazo en enfermedad avanzada, continuó Paz-Ares. Todas estas mejoras

se deben, en gran medida, a los avances de la medicina personalizada dirigida a las mutaciones que subyacen en el tumor. Y también se debe a las nuevas modalidades de la inmunoterapia", resume.

Entre los retos de futuro, indicó la optimización de las tecnologías de diagnóstico precoz, el cribado y disminuir el consumo de tabaco en la sociedad.

TRATAMIENTOS PALIATIVOS

Por su parte, Alberto Alonso, jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario La Paz de Madrid, detalló cuándo empezar los cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado. "Los cuidados paliativos son esenciales para que puedan vivir con calidad de vida hasta el final de su vida. Pero diversos estudios han indicado que, cuanto antes se introduzcan, es mejor tanto para la calidad de vida como para el control sintomático y que pueda tomar decisiones y una conciencia más real de la enfermedad, viviendo de acuerdo al pronóstico".

La idea básica es que "resulta fuera de lugar incorporar los cuidados paliativos al principio del diagnóstico en enfermedad avanzada. Porque, a veces, el paciente puede vivir durante años pero no tanto como ahora se está haciendo, con los cuidados paliativos relegados al último mes o a los últimos dos meses de vida. En resumen, los cuidados paliativos deben comenzar antes y, la única manera de hacerlo, es integrarlos con los servicios de oncología".

Cáncer de mama



I+D, detección precoz y nuevas terapias: fórmula contra el cáncer de mama

España tiene 283 ensayos en marcha para el cáncer de mama; de estos, un tercio están ya en Fase III

GACETA MÉDICA
Madrid

El último informe de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), estima que en España, 2020 cerrará con cerca de 33.000 nuevos diagnósticos de cáncer de mama. Esto se traduce en que el cáncer de mama es uno de los tres tumores que se diagnostican con más frecuencia en nuestro país (junto a los de colon y recto).

Con motivo del Día Mundial del Cáncer de Mama que se celebra este lunes, desde Farmaindustria apuntan a varios aspectos que influyen en el índice de supervivencia del cáncer de mama. Actualmente, el esfuerzo por lograr un diagnóstico precoz, los avances en investigación, el acceso a la innovación y la llegada de tratamientos como los basados en anticuerpos monoclonales o la inmunoterapia, son los responsables de que este índice de supervivencia se haya elevado hasta el 86 por ciento. Esto significa que nueve de cada diez pacientes estarán libres de recaídas a los cinco años del diagnóstico.

AVANCE EN TRATAMIENTOS

A pesar del progreso que se ha logrado en los últimos años, la

Ya son más de 100 medicamentos los que están disponibles para las distintas fases del proceso de la enfermedad

industria farmacéutica no ha cesado la investigación sobre esta enfermedad. En el momento actual, ya son más de cien medicamentos los que están disponibles para las distintas fases del proceso, como señala la patronal de la industria farmacéutica americana Phrma; esto supone casi el 10 por ciento de los 1.100 fármacos y vacunas en desarrollo actualmente para combatir el cáncer.

También el Registro Español de Estudios de Estudios Clínicos (REEC), dependiente de la Agencia Española del Medicamento y el Producto Sanitario (Aemps) ha reflejado esta labor de investigación, así como el importante papel que desempeña España. En concreto, España tiene 283 ensayos en marcha para el cáncer de mama; de estos, un tercio están ya en Fase III y la gran ma-

yoría han sido impulsados por las compañías farmacéuticas.

ESTRATIFICACIÓN DE LAS PACIENTES

El presidente de SEOM, Álvaro Rodríguez-Lescure, afirma que "el pronóstico del cáncer de mama ha ido mejorando paulatinamente en los últimos años gracias a la investigación; se han desarrollado nuevos fármacos que aumentan la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama". A este respecto añade que además, "se ha estratificado mejor a los pacientes y se han desarrollado paneles genómicos que permiten diferencias qué pacientes se beneficien de quimioterapia y cuáles no".

Dentro de la I+D en cáncer de mama, uno de los hitos más significativos ha sido descubrir su heterogeneidad. En concreto, el hallazgo de que engloba tres enfermedades distintas: tumores hormonossensibles, definidos por receptores hormonales positivos/HER2-negativo; tumores con sobreexpresión de HER2, y tumores triple negativos, definidos por la ausencia de expresión de receptores hormonales y HER2.

Con todo esto, los anticuerpos monoclonales, la inmunoterapia y la aparición de nuevos fárma-

cos biológicos han ayudado a optimizar las estrategias terapéuticas. De hecho, están produciendo cambios significativos en la evolución de la enfermedad. De la misma manera, están contribuyendo a retrasar el uso de la quimioterapia en enfermedad avanzada; esto implica un gran beneficio en la calidad de vida de los pacientes.

IMPACTO DE LA MEDICINA PERSONALIZADA

Por otra parte, la medicina personalizada también está teniendo un gran impacto. El desarrollo de test genómicos, que ayudan a analizar el perfil del tumor de una manera más pormenorizada así como el riesgo de recaída, contribuye a seleccionar un tratamiento más preciso para cada caso, evitando quimioterapias innecesarias en aquellos pacientes a los que no les reportaría beneficio.

Pero, en la otra cara de la moneda estaría el reto del cáncer metastásico. En este sentido, la Federación Española de Cáncer de Mama (Fecma) considera que este es uno de los retos pendientes. Así, señalan que este tipo de cáncer es una preocupación y una prioridad; y es que afecta a la vida personal, familiar y profesional de la paciente, oca-

sionando necesidades complejas. Por ello, aseguran ser conscientes de que la investigación y la innovación harán posible erradicar, o al menos controlar, el cáncer de mama metastásico. Con esto, remarcan que las mujeres con cáncer de mama metastásico necesitan sentirse apoyadas y mostrarse como personas que conocen el camino a recorrer. Por último recuerdan que aunque el cáncer forma parte de su vida, no determina su integridad.

Con todo esto, desde Farmaindustria remarcan que la mayoría de estos avances no serían posibles sin la contribución de la industria farmacéutica en la investigación de nuevos tratamientos. En concreto, en España, la oncología en general es el área que agrupa más esfuerzos en la investigación de nuevos medicamentos.

Además, la solidez del sistema sanitario, el alto nivel de preparación de los profesionales, el apoyo de las administraciones sanitarias, la creciente implicación de los pacientes y la apuesta de la industria farmacéutica están contribuyendo a impulsar a España como ámbito de excelencia en materia de ensayos clínicos, también en oncología.

Investigadores especifican relación entre ácidos grasos y cáncer de mama

El estudio publicado ha contado con la participación de investigadores de 23 hospitales de 9 comunidades

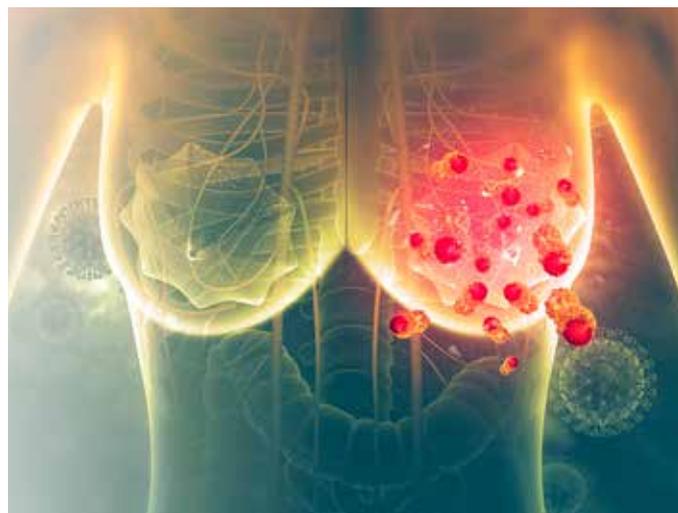
D.G.
Madrid

Una investigación española ha estudiado la relación entre los ácidos grasos y el cáncer de mama. El documento revela que las mujeres españolas con altas concentraciones relativas de ácido palmítico, ácidos grasos trans de origen animal e industrial, y una elevada ratio oleico/esteárico y dihomo- γ -linolénico/linoleico, presentan un mayor riesgo de padecer este tipo de cáncer.

Por el contrario, elevados niveles séricos de ácido esteárico, ácido linoleico, y una elevada ratio araquidónico/dihomo- γ -linolénico, parecen prevenir el riesgo de desarrollar este tumor.

Así lo ha puesto de manifiesto un estudio epidemiológico llevado a cabo por investigadores del Instituto de Salud Carlos III, pertenecientes al Centro Nacional de Epidemiología y al CIBERESP, liderado por el grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama, financiado por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Los resultados acaban de ser publicados en la revista *Nutrients*.

La publicación de este trabajo coincidió en el tiempo con el Día Mundial contra el Cáncer de Mama, que se celebra el 19 de octubre, y supone un precedente ante investigaciones adicionales que permitan entender mejor la relación de los ácidos grasos.



El estudio supone un precedente ante investigaciones adicionales para comprender la relación

FACTORES DIETÉTICOS Y CÁNCER

Este trabajo sugiere que los ácidos grasos no pueden considerarse como grupos homogéneos cuando se estudia su asociación con el riesgo de cáncer de mama, sino que deben analizarse de forma individual. Además, los autores del estudio señalan que los niveles séricos de ácidos

grasos no son solo un reflejo de lo que comemos, sino que también son el resultado de la actividad de diferentes enzimas involucradas en una gran variedad de procesos metabólicos.

Se necesitan estudios adicionales para comprender mejor la influencia de los ácidos grasos en el desarrollo de este tumor.

Existe una evidencia creciente sobre el papel de los factores dietéticos en el riesgo de cáncer de mama y diversos estudios han mostrado una asociación positiva ligada a la ingesta de ácidos grasos saturados, y un efecto protector asociado con el consumo de ácidos grasos omega-3.

La mayoría de los estudios están centrados en el consumo de

ácidos grasos utilizando cuestionarios de frecuencia alimentaria.

En este estudio se han medido directamente en sangre y en este tipo de estudios los ácidos grasos esenciales omega-3 y omega-6 y los ácidos grasos trans son buenos biomarcadores de la ingesta alimentaria.

METODOLOGÍA

Aunque se ha descrito que la expresión de las proteínas del metabolismo de los ácidos grasos difiere con respecto al subtipo molecular de cáncer de mama, la mayoría de las investigaciones hasta la fecha no han tenido en cuenta la naturaleza heterogénea de esta enfermedad.

El estudio ahora publicado ha contado con la participación de investigadores de 23 hospitales de 9 comunidades autónomas.

La investigación trata de evaluar la asociación entre los niveles relativos de ácidos grasos en fosfolípidos de membrana.

Para ello se han estimado determinados índices de desaturación y el riesgo de cáncer de mama, de forma general y por subtipo patológico.

Los investigadores han señalado que cada caso se emparejó con un control de edad similar, de la misma ciudad y sin ningún vínculo familiar. Las participantes respondieron un cuestionario epidemiológico, otro

cuestionario de frecuencia alimentaria y donaron una muestra de sangre para el análisis de ácidos grasos.

ALIMENTOS Y ÁCIDOS GRASOS

Los autores observaron que las mujeres con elevados niveles séricos de ácido esteárico (ácido graso saturado presente en la carne, pescado, cereales, chocolate y grasas lácteas), ácido linoleico (ácido omega-6 esencial presente en aceites vegetales, frutos secos, semillas, carnes y huevos) y una elevada ratio araquidónico/dihomo- γ -linolénico (un bioindicador de la expresión de la enzima $\Delta 5$ -desaturasa) presentaron un menor riesgo de desarrollar un cáncer de mama.

Por el contrario, elevadas concentraciones relativas de ácido palmítico (ácido graso monoinsaturado biosintetizado a partir del ácido palmítico en el hígado, pero también presente en aceites vegetales, como las nueces de macadamia, en algas verde azules y en aceites marinos), ácido trans palmítico (presente en la carne de rumiantes y en productos lácteos muy grasos), ácido trans eláidico (presente en una amplia variedad de alimentos procesados) y una elevada razón oleico/esteárico y dihomo- γ -linolénico/linoleico se asociaron con un mayor riesgo de cáncer de mama.

Ciudadanos presenta una PNL para mejorar la prevención del cáncer de mama

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

El Grupo Parlamentario Ciudadanos ha presentado una Proposición no de Ley (PNL) para mejorar y garantizar la igualdad en la prevención y atención del cáncer de mama en toda España, para su debate en el Congreso. La propuesta naranja se sostiene en tres pilares para instar al Gobierno a "redoblar esfuerzos en la lucha contra el cáncer de mama".

Esta propuesta se enmarca en el Día Mundial del Cáncer de Mama

PLAN ESTRATÉGICO.

En primer lugar, la formación propone impulsar un Plan Estratégico de Prevención de Cáncer de Mama dentro de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Dicho plan contaría con los recursos necesarios como para mejorar la prevención, detección y respuesta ante el cáncer de mama. Por otro lado, la segunda medida que lan-

zan es "garantizar la realización de cribados periódicos de cáncer de mama". Esta medida estaría incorporada en la cartera común de servicios del SNS.

El cribado daría cobertura a todas las mujeres a partir de los 45 años, realizándose cada dos años, y anualmente a partir de los 55 años. Según Ciudadanos, esta medida pretende "mejorar la prevención y garantía de igualdad de condiciones en los servicios públicos". El último pilar de la PNL

es la promoción de campañas de sensibilización y concienciación que abarquen "tratamientos y mejoría de oportunidades de éxito". Esta última línea sostiene también la formación entre la población femenina de "autoexámenes" de mama y detección de cualquier signo o anomalía.

LAS CIFRAS

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama representa el 16% de

todos los cánceres en pacientes femeninos, una cifra que parece ir aumentando en los últimos años. Actualmente, "1 de cada 8 mujeres en todo el mundo tendrá cáncer de mama en algún momento de su vida", recuerda la formación naranja en un comunicado.

En España, el cáncer de mama se mantuvo en 2019 en el segundo lugar de incidencia, con 33.307 nuevos casos. En 2020 se prevé que se diagnostiquen en torno a 33.000 casos, una cifra que "podría ser superior", alertan los especialistas, si la detección temprana disminuye a causa de la presión que sobre el sistema sanitario está ejerciendo la pandemia de COVID-19.



‘Desafío Humano’: Reino Unido infectará a jóvenes sanos para estudiar la COVID-19

Los investigadores evaluarán qué cantidad de virus se necesita para causar una infección y provocar una respuesta inmune

SANDRA PULIDO
Madrid

Un grupo de investigadores de Reino Unido está trabajando en un estudio que consistirá en infectar de SARS-CoV-2 a jóvenes voluntarios entre las edades de 18 y 30 sin antecedentes o síntomas de COVID-19. Los investigadores esperan que el trabajo finalmente ayude a reducir la propagación del coronavirus, mitigar su impacto y reducir las muertes por COVID-19.

El Programa llamado ‘Desafío Humano’ es una asociación entre el Imperial College London, el Departamento de Negocios, Energía y Estrategia Industrial (BEIS), hVIVO, una empresa clínica con experiencia en modelos de desafío humano viral, y Royal Free London NHS Foundation Trust.

PRIMERA FASE: INFECTAR

En la primera fase del proyecto, los investigadores evaluarán qué cantidad de virus se necesita para causar una infección y provocar una respuesta inmune

aumentando lentamente la dosis viral a la que están expuestos pequeños grupos de voluntarios. Se hará un seguimiento de la proporción de participantes que se infectarán y de la cantidad de virus que posteriormente se disemine para comprender mejor el curso de la infección.

A pesar de lo controvertido del estudio, el profesor Peter Openshaw, co-investigador del estudio, ha explicado, según recoge el medio británico Stat News, que “la infección deliberada de voluntarios con un patógeno humano conocido nunca se toma a la ligera. Sin embargo, estos estudios son enormemente informativos sobre una enfermedad, incluso una tan bien estudiada como COVID-19”.

Dado que las dosis virales más altas pueden estar relacionadas con resultados más graves, los investigadores tienen como objetivo infectar a los voluntarios con la dosis más baja posible para desencadenar la replicación viral pero minimizar los síntomas.

Peter Openshaw

“La infección deliberada de voluntarios con un patógeno humano conocido nunca se toma a la ligera. Estos estudios son enormemente informativos sobre una enfermedad, incluso una tan bien estudiada como COVID-19”

Chris Chiu

“Estos estudios pueden aumentar nuestra comprensión de la COVID-19 de formas únicas y acelerar el desarrollo de los posibles tratamientos y vacunas”

Antes de salir de la instalación clínica residencial, se requerirá que los voluntarios dieran negativo para la presencia de SARS-CoV-2 en dos pruebas de laboratorio separadas, altamente sensibles a la presencia del virus.

SEGUNDA FASE: PROBAR VACUNAS

Una vez que se complete esta primera fase, los investigadores pretenden utilizar este modelo para estudiar cómo funcionan las vacunas en el cuerpo para detener o prevenir el COVID-19, observar posibles tratamientos y estudiar la respuesta inmune.

La asociación del Imperial College espera comenzar a trabajar en enero, y los resultados se esperan para mayo.

Por tanto, es probable que para entonces se hayan aprobado una o más vacunas antes de esa fecha.

ESTUDIOS DE PROVOCACIÓN HUMANA

El Imperial College recuerda que los estudios de provocación hu-

mana ayudan a los investigadores clínicos a establecer qué vacunas tienen más probabilidades de tener éxito. A medida que la prevalencia de COVID-19 aumenta y disminuye en las poblaciones, puede resultar difícil para los ensayos de vacunas tradicionales evaluar si las vacunas funcionan. Dado que los voluntarios que reciben la vacuna pueden no estar naturalmente expuestos al virus.

Debido a que un estudio de provocación en humanos infecta deliberadamente a los voluntarios, los científicos deberían poder establecer la eficacia muy rápidamente al comprobar si aquellos que han recibido una vacuna tienen menos probabilidades de infectarse.

El estudio de ‘Desafío Humano’ será revisado por un comité de ética antes de que se inscriba cualquier voluntario y pedirán a la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA) que apruebe el estudio antes de que se lleve a cabo.

Angelini Pharma presenta los últimos datos de lurasidona en esquizofrenia

La compañía celebra el próximo 27 de octubre un webinar con los principales líderes mundiales

GACETA MÉDICA

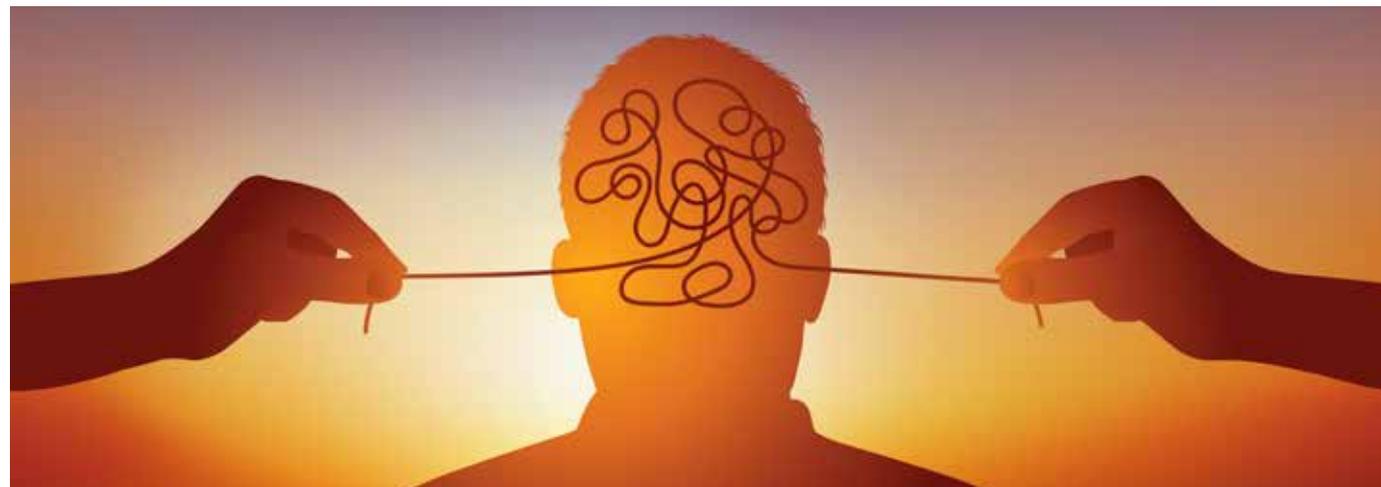
Madrid

Con el objetivo de presentar los últimos datos clínicos de lurasidona y sobre el manejo del paciente con esquizofrenia, el laboratorio farmacéutico Angelini Pharma España ha organizado para el próximo 27 de octubre a las 20 h el webinar titulado "Lurasidone Clinical Data and Real-World Evidence in Schizophrenia".

La sesión contará con la participación de los principales líderes de opinión a nivel mundial en este ámbito: Leslie Citrome, Philip D. Harvey y Eduard Vieta. Para acceder a la sesión los profesionales deben registrarse en el siguiente enlace: <http://bit.ly/lurasidona>

El programa constará de tres presentaciones seguidas de un turno de preguntas y respuestas a través del cual los asistentes podrán consultar a los ponentes cuestiones en directo.

Leslie Citrome, clinical professor of Psychiatry and Behavioral Sciences en el New York Medi-



cal College (Valhalla, New York), presentará datos clínicos más recientes de lurasidona.

EL MEJOR TRATAMIENTO PARA CADA PACIENTE

Por su parte, Philip D. Harvey, del Departamento de Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Miami, Miller School of Medicine, (Miami, FL, USA), se centrará en la importancia de elegir el tratamiento correcto en

los pacientes con esquizofrenia buscando siempre la mejora de la calidad de vida.

Asimismo, Eduard Vieta, profesor de Psiquiatría en la Universidad de Barcelona y jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínic (Barcelona), presentará datos prácticos en el manejo del paciente tratado con lurasidona.

Para finalizar, los tres especialistas responderán en directo a

las dudas de los asistentes.

El evento virtual tendrá una duración de unos 45 minutos y se realizará en inglés con subtítulos en castellano.

COMPROMISO DE ANGELINI CON EL ENTORNO

Sobre este evento, Olga Insua, country manager de Angelini Pharma España, ha remarcado el firme compromiso de la compañía con el entorno. "Creemos

que el paciente, junto con el profesional sanitario, debe estar en el centro de nuestra actividad con el objetivo conjunto de mejorar su calidad de vida. Además, en Angelini estamos siempre al lado de los profesionales y por ello queremos facilitarles el acceso a la información científica y los conocimientos más actualizados para ayudarles en el desarrollo de su actividad.", concluye.

El Vall d'Hebron obtiene el primer sello de Calidad en Información al paciente con hepatocarcinoma

CARMEN M. LÓPEZ

Madrid

Que el paciente reciba toda la información de manera entendible y detallada acerca de las opciones terapéuticas y los medios disponibles es una cuestión prioritaria en el abordaje de cualquier enfermedad. Una cuestión clave en el entorno actual. Con este propósito, el Hospital Vall d'Hebron ha obtenido el primer sello de Calidad en Información al Paciente con hepatocarcinoma. Este sello acredita a las unidades de hepatología de España que cumplen los mayores estándares de calidad en relación a la información que recibe el paciente. Un reconocimiento que han desarrollado la Fundamed y la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) conjuntamente. Además, cuenta con el apoyo de Bayer y la colaboración de la Alianza General de Pacientes.



¿CÓMO HA SIDO LA VALIDACIÓN?

Tras la finalización del cuestionario elaborado por la AEEH con Fundamed se ha validado el mismo en el centro piloto del proyecto que es el servicio de Hepatología de Vall d'Hebron y en los próximos días se realizará la entrega virtual del reconocimiento. Para ello, se contará con la participación de, además de las responsables del servicio de Hepatología, María Butti y Beatriz Mínguez, el presidente de la AEEH, Raúl Andrade, la portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Senado; Esther Carmona. Asimismo, también se ha invitado a la consellera de Salut Catalana, Alba Vergés.

Del mismo modo, ya hay varios hospitales que lo han finalizado y en breve también se les entregará este reconocimiento.

UN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

El cuestionario ya es disponible para que los servicios

seleccionados puedan conseguir esta acreditación. De este modo, los especialistas llevan a cabo un exhaustivo proceso de autoevaluación sobre la información que facilitan a los pacientes, siguiendo los criterios marcados como óptimos por la AEEH. A través de este reconocimiento se analiza la correcta prestación de la asistencia sanitaria, donde se incluye el deber de información y de documentación clínica por parte de los profesionales sanitarios.

LOS DATOS

El carcinoma hepatocelular es la octava causa de muerte por cáncer más común en España. En lo que a tumores primarios de hígado de refiere, los originados en este mismo órgano, el hepatocarcinoma es el más frecuente (85-90% de los casos). Considerado por muchos investigadores como uno de los tumores malignos más frecuentes.

Mucho más que COVID en EDS

El impacto socioeconómico de la depresión, biosimilares, investigación y cáncer en el último número



DIFUSIÓN.

- Profarma: la competitividad industrial, en el eje de la reconstrucción
- Precio, financiación y acceso: el triángulo de la innovación
- Autorizaciones fast track: ¿Cómo cerrar el círculo entre investigación y autorización?
- El Gobierno pisa el acelerador de la Medicina Personalizada
- La industria marca sus previsiones hasta 2026
- Industria y asociaciones de pacientes: una relación 'prohibida'
- ¿Es posible alcanzar la inmunidad de rebaño?
- El impacto de la COVID-19 tras la enfermedad: secuelas y experiencia clínica en España
- Las '5 w' en torno a la telefarmacia... Y una incógnita en proceso de resolución: el coste-beneficio
- El Parlamento y Sanidad revalidan su compromiso en cáncer



ANÁLISIS.

- Depresión y suicidio: un coste socioeconómico que obliga a pasar a la acción



ENTREVISTA.

- Encarnación Cruz. Directora general de BioSim



ORIGINALES.

- ¿Qué resultado económico y cuantificable se puede obtener de la puesta en marcha de un proyecto de sostenibilidad medioambiental?
Remedios Calero et al.
- Cómo optimizar el abordaje de las CAR-T en el Sistema Nacional de Salud: el proyecto RET-A
Néboa Zozaya et al.
- Comparación de los costes del tratamiento habitual del dolor agudo moderado a intenso con infusión intravenosa frente al sistema de comprimidos sublinguales de sufentanilo en España
Raúl de Frutos Parra et al.



El elevado impacto económico de la depresión y el suicidio obliga a pasar a la acción

En depresión resistente al tratamiento, la evidencia científica constata un mayor absentismo y deterioro laboral

