



SANIDAD Y SOCIEDAD | N° 1221. Octubre 2021

## Atención Primaria, al frente del abordaje de la COVID persistente

### Entrevistas

**Gotzone Sagardui**

Consejera de Salud del Gobierno vasco

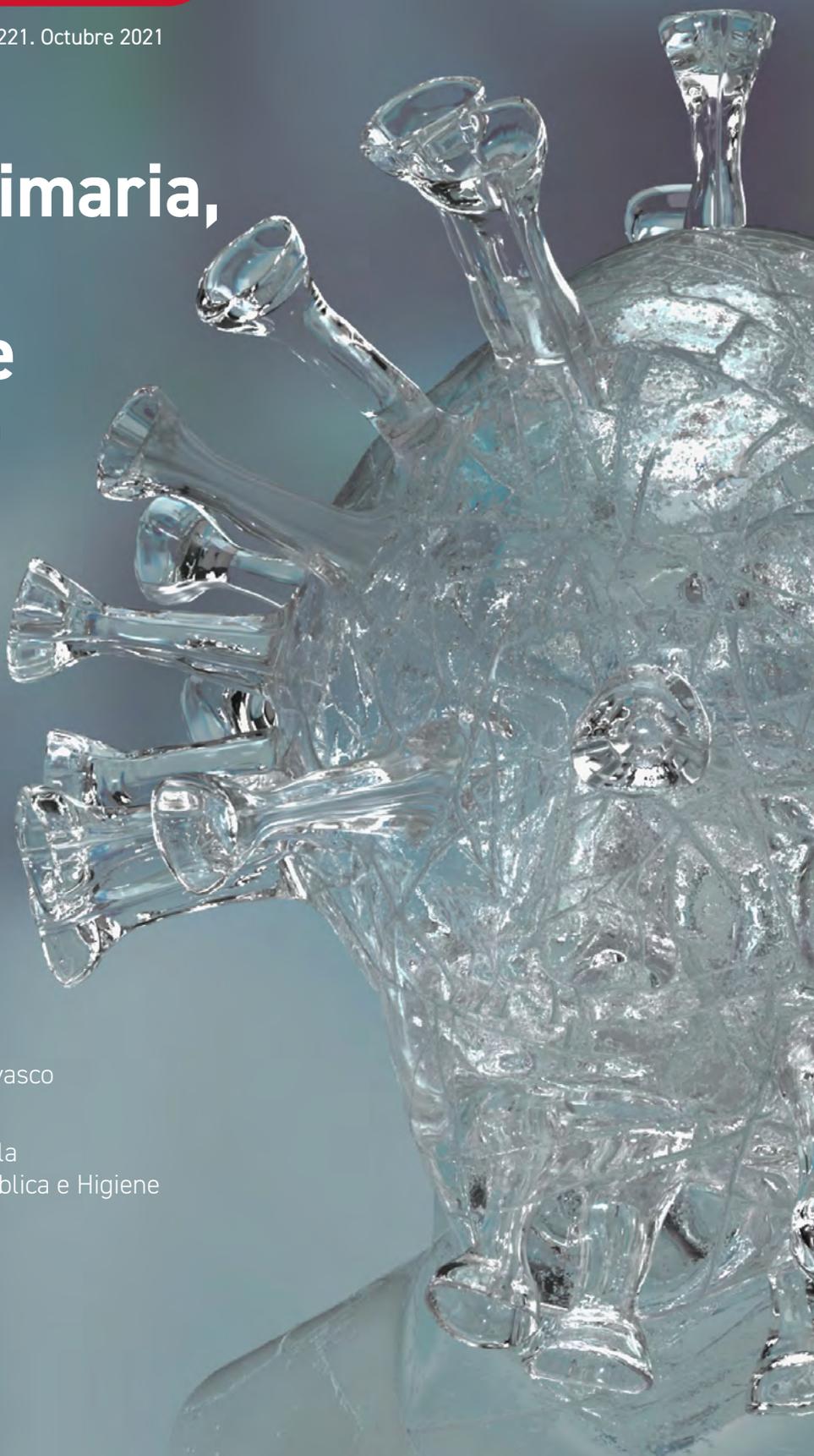
**Rafael Ortí**

Presidente de la Sociedad Española  
de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

### Reportajes

**Crónica sanitaria del verano**

**Variantes COVID-19 en España**

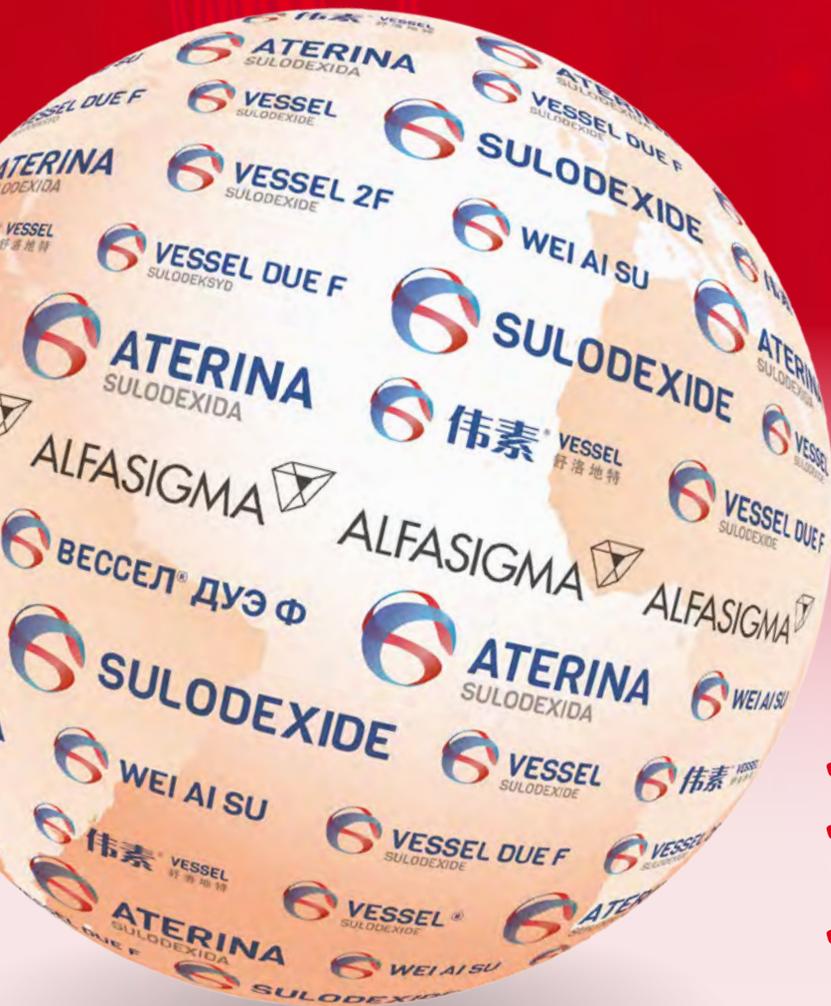




# ATERINA

## SULODEXIDA

El tratamiento eficaz  
en todos los estadios de la  
Insuficiencia Venosa Crónica<sup>(1)</sup>



FINANCIADA desde  
C3-Edema (moderado-grave)  
a C6-Úlcera Venosa



Aportación Reducida

- ✓ Mejora los síntomas y signos
- ✓ Acelera el proceso de cicatrización de las Úlceras Venosas
- ✓ Previene la progresión de la enfermedad

ALFASIGMA   
es.alfasigma.com

## EN PORTADA



### Atención Primaria, al frente del abordaje de la COVID persistente

Los profesionales de Atención Primaria están tomando las riendas del abordaje de la COVID-19 persistente en España. El liderazgo de este nivel asistencial en el seguimiento de estos pacientes se plasma en la 'Guía Clínica para la Atención al paciente COVID persistente/Long COVID', un proyecto impulsado por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), en colaboración con las sociedades científicas implicadas en la nueva enfermedad.

16

## ENTREVISTAS



**Gotzone Sagardui**

Consejera de Salud del Gobierno vasco

24



**Rafael Ortí**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

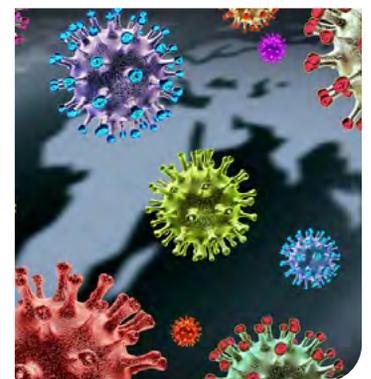
38

## REPORTAJES



Crónica sanitaria: el verano de la vacunación COVID-19

30



Variantes COVID-19 en España

58

## FORO DE EXPERTOS



**Cruz Naval Parra**  
Abogada de DAC BEACHCROFT  
**8**



**Jorge Murillo Ballell**  
Abogado de DAC BEACHCROFT  
**8**

## OTROS TEMAS

**Entrevista: Dolores Isla 64**

**Proyecto EGA 68**

**Instantánea Médica 78**

## GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



**Los gestores sanitarios afrontan la reforma del SNS postpandemia**  
**44**

## GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



**Cristina Ibarrola**  
Vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)  
**52**

## El Médico

EDITA:

**saned**  
GRUPO

Redacción: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

*Directora:*

Leonor Rodríguez

*Subdirector médico:*

Federico Pérez

*Redacción:* Ester Crespo, Isabel Sánchez Aguiar y Blanca Erce

*Diseño:* La Boutique

*Maquetación:* be one®

Agencia Creativa y de Comunicación [www.be-one.es](http://www.be-one.es)

*Programación en Internet:* Pedro Manzano

*Correo electrónico:* [elmedico@gruposaned.com](mailto:elmedico@gruposaned.com)

*Edición electrónica:*

<http://www.elmedicointeractivo.com>

*Corresponsales colaboradores:* Silvia C. Carpallo, Nekane Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Ángeles Huertas, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Esther Murillo.

*Agencia:* Europa Press.

*Otras secciones:* *Derecho Sanitario:* ASJUSA-ABOGADOS y Ricardo De Lorenzo.

*Humanidades Médicas:* Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

*Publicidad Madrid:* Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500.

e-mail: [elmedico@gruposaned.com](mailto:elmedico@gruposaned.com).

*Publicidad Barcelona:* Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: [gruposaned@gruposaned.com](mailto:gruposaned@gruposaned.com).

*Imprime:* GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

*Suscripciones:* 9 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional **APP** Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2021. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



## ¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



### Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



### Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



### Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



### Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

**A.M.A. MADRID** Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 [madrid@amaseguros.com](mailto:madrid@amaseguros.com)

**A.M.A. MADRID (Hilarión)** Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 [hilarion@amaseguros.com](mailto:hilarion@amaseguros.com)

**A.M.A. MADRID (Leganés)** Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes,16 Tel. 911 75 03 33 [leganes@amaseguros.com](mailto:leganes@amaseguros.com)

**A.M.A. MADRID (Villanueva)** Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 [villanueva@amaseguros.com](mailto:villanueva@amaseguros.com)

## LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en     

y en nuestra APP 



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora





# La mirada

maestra de la  
actualidad



# Hacia un modelo asistencial en España de protección de la salud en el entorno digital

Autores | Cruz Naval Parra y Jorge Murillo Ballell, abogados de DAC BEACHCROFT

**El derecho a la protección de la salud en el entorno digital: idéntica obligación, distintos recursos.**

El derecho a la protección de la salud, como principio rector de nuestra política social y económica, se consagra en el artículo 43 de la Constitución Española: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Hace cuestión de décadas la protección de la salud, en las diferentes manifestaciones de dicho derecho, se concebía como un servicio primordialmente analógico (presencial). Un claro ejemplo de ello son, entre otros, la historia clínica en papel, la receta médica en papel, la venta de medicamentos al público exclusivamente en establecimientos y servicios farmacéuticos, o la asistencia sanitaria presencial en el Centro sanitario o a domicilio, donde el contacto directo entre el profesional sanitario y el paciente constituía un principio inquebrantable<sup>1</sup>.

Resulta innegable que las Tecnologías de la Información y Comunicación (en adelante, las TIC) han cambiado la forma en la que



Cruz Naval Parra



Jorge Murillo Ballell

nos relacionamos con nuestro entorno. En un mundo cada vez más globalizado y, por ende, interconectado, las TIC han revolucionado las relaciones humanas, eliminando barreras y adaptando, entre otros, los servicios sanitarios.

**La revolución digital en el campo de la salud parece estar encaminando a España a avanzar hacia la consolidación de la protección de la salud en el entorno digital**

realidad, no resultan realmente novedosos en el marco sanitario en España<sup>4</sup>.

Esta revolución digital en el campo de la salud parece estar encaminando a España a avanzar -aunque lentamente- hacia la consolidación de la protección de la salud

Debido al impacto de la pandemia de la COVID-19, en España, servicios propios de la salud digital<sup>2</sup> -como la telemedicina- se han convertido en recursos indispensables<sup>3</sup> aún cuando algunos de ellos, en

en el entorno digital. Prueba de ello son la reciente propuesta relativa a la “Estrategia Nacional de Transformación Digital en el Sistema Nacional de Salud” (recogida en el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica<sup>3</sup>) o el reconocimiento del “derecho a la protección de la salud en el entorno digital” (incluido en el apartado XXI de la Carta de Derechos Digitales<sup>6</sup>).

A pesar de lo novedoso de estas propuestas de salud digital impulsadas en España por el sector público, lo cierto es que el sector privado español ya venía investigando y adaptando progresivamente el uso de las TIC en el campo de la salud: prueba de ello, entre otras, el nacimiento de la asociación privada Barcelona Health Hub -entidad cuyo fin primario es promover la innovación en la salud (<https://barcelonahealthhub.com/>)- o el Convenio de Colaboración firmado en su día entre la Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información,



Comunicaciones y Contenidos Digitales (AMETIC), la Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias (FENIN) y la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) con el objetivo de aunar esfuerzos para la transformación digital de la sanidad.

Y qué decir de Europa donde este debate de la salud digital lleva encima de la mesa desde hace décadas por los potenciales beneficios que las TIC pueden llegar a generar en el campo de la salud.

Algunos de los beneficios de la salud digital a los que más se ha hecho mención desde hace ya algunos años han sido: la interoperabilidad del historial clínico electrónico<sup>7</sup>; la receta médica electrónica; la reducción de la presión asistencial en los centros sanitarios; la asistencia telemática a personas que no pueden desplazarse por hallarse en zonas aisladas<sup>8</sup> o por razones de necesidad (patología o edad); el fomento de la vida autónoma de pacientes con patologías crónicas<sup>9</sup>.

Como puede comprobarse, existen importantes recursos en el campo de la salud digital, muchos de los cuales han ido progresivamente implantándose en España (véase, por ejemplo, la interoperabilidad de las historias clínicas en el Sistema Nacional de Salud), si bien, debido al impacto de la pandemia ocasionada por la COVID-19 ha existido un recurso en el campo de la salud digital que ha destacado por encima de cualquier otro: la telemedicina.

Este recurso, utilizado en gran medida gracias al desarrollo exponencial de las TIC en los últimos años, se ha convertido en el pilar esencial de la salud digital en España al constituirse -hasta ahora- como un recurso a través del cual se puede prestar asistencia sanitaria al paciente, aunque con las limitaciones propias que lleva aparejada la asistencia a distancia.

## La telemedicina se ha convertido en los últimos años en el pilar esencial de la salud digital en España

No es objeto de este trabajo entrar a analizar en detalle el concepto existente sobre la telemedicina<sup>10</sup>, sino simplemente referirse al mismo como un recurso propio de la salud digital que debiera introducirse en nuestro sistema sanitario de salud si realmente queremos garantizar ese derecho a la protección de la salud en el entorno digital<sup>11</sup>. En este punto, es importante matizar que “la telemedicina no es un nuevo acto o práctica sanitaria y que no tiene por objeto sustituir los métodos tradicionales de asistencia sanitaria, como las consultas presenciales. La telemedicina representa una forma innovadora de prestar servicios de atención sanitaria, que puede complementar y potencialmente aumentar la calidad y la eficiencia de la prestación de atención sanitaria tradicional”<sup>12</sup>.

Lo cierto es que aún a pesar de la evolución de las TIC en todos los ámbitos de nuestra sociedad, en un país como España, con una arraigada cultura de salud analógica (presencial), se ha puesto en los últimos meses en el foco del debate si este progreso digital en el campo de la salud puede

llevar consigo que el nivel de atención y cuidado a los pacientes pueda verse mermado por diversos factores, siendo los más destacados los que se citan a continuación: la falta de adaptación digital de los servicios públicos de salud, la falta de concienciación de los profesionales sanitarios en el uso de las TIC, la falta de formación y de acceso a recursos tecnológicos a disposición de profesionales y pacientes o la incertidumbre legal y ética.

Ante esta preocupación, a la cual habrá de dar respuesta si el sistema sanitario quiere verdaderamente optar por integrar los recursos propios de la salud digital dentro del modelo asistencial, lo cierto es que no existe un consenso generalizado, dado que el uso generalizado de las TIC en el ámbito sanitario se ha producido en un contex-



to de fuerza mayor, como lo es la pandemia del COVID-19.

En este punto, es preciso preguntarse si nuestro sistema sanitario (más concretamente, nuestro Sistema Nacional de Salud) está preparado para poder hacer factible el reconocimiento práctico -que no teórico- del derecho a la protección de la salud en el entorno digital, sobre todo cuando la transformación digital de la sanidad pública en España se halla aún en una fase prematura<sup>13</sup>.

Todo ello sin perder de vista la esencia del ámbito en el que nos encontramos, el de la asistencia sanitaria, que tiene un marcado carácter personal y precisa de la interrelación y contacto directo entre el profesional sanitario y el paciente, lo cual deberá ser tenido en cuenta al momento de dotar de contenido práctico a ese derecho a la protección de la salud en el entorno digital, de manera que el mismo se configure como una herramienta adicional en la asistencia sanitaria, pero no como un sustituto de la relación médico-paciente<sup>14</sup>.

### **Barreras existentes en el Sistema Nacional de Salud para un reconocimiento efectivo del derecho a la protección de la salud en el entorno digital.**

Como se avanzaba en el apartado anterior, el apartado XXI, subapartado 1 de la Carta de Derechos Digitales establece: "1. Se reconoce el derecho de todas las personas al acceso a los servicios digitales de salud en condiciones de igualdad, accesibilidad y universalidad".

El reconocimiento de este derecho parece más bien una proposición teórica a futuro que una realidad práctica a corto plazo, sobre todo teniendo en cuenta que ni profesionales ni pacientes comprenden todavía cuál es el haz de facultades que este derecho otorga -si es que otorga alguna distinta<sup>15</sup>-, más allá del acceder a los servicios de salud digital en condiciones de

igualdad, accesibilidad y universalidad, lo cual, por otro lado va a resultar una tarea ardua de garantizar, teniendo en cuenta las limitaciones tecnológicas aún existentes en nuestro sistema sanitario público de salud.

De esta manera, pudiera resultar recomendable que, antes de abordar el reconocimiento de un derecho en un texto como el anterior -en estos momentos, sin carácter imperativo- se adopten medidas para transformar digitalmente el entorno en el que dicho derecho será protegido, encaminando

nuestro sistema sanitario público de salud hacia una transformación digital. De lo contrario, este derecho pudiera llegar a convertirse en un ideario teórico, probablemente vacío de contenido y sin facultades en la práctica asistencial de los pacientes.

Expuesto lo anterior, el reto para el reconocimiento de este derecho pasa necesariamente por la transformación digital de la sanidad pública, para lo cual, con carácter previo, deberían abordarse las deficiencias apuntadas a continuación. Una vez superadas tales deficiencias, el reconocimiento de este derecho podrá ser una realidad en la práctica asistencial de los pacientes -antes, probablemente no-. Algunas de las principales deficiencias existentes en nuestro sistema sanitario público de salud son las que se señalan a continuación:

La escasa digitalización de las infraestructuras de los centros, establecimientos y servicios sanitarios que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Como señalaba el Dr. Morales<sup>16</sup>, nos enfrentaremos a pacientes del siglo XXI con un sistema sanitario público del siglo XX. Los poderes públicos, a través de los sistemas públicos de salud, no podrán tutelar ese de-

recho a la salud digital en condiciones de universalidad si no se digitalizan sus infraestructuras.

La brecha digital existente en la población, la cual se ha de paliar si realmente queremos optar por el reconocimiento de este derecho en condiciones de universalidad

e igualdad real. La práctica sanitaria, salvo en el ámbito de las segundas opiniones, precisa de la interrelación entre profesional sanitario y paciente, razón por la cual, si el paciente no tiene acceso a las TIC, resulta poco probable que

pueda acceder a los servicios propios de la salud digital (véase, por ejemplo, la telemedicina); en otras palabras, la falta de acceso a tales herramientas se traduciría en la falta de la protección de su salud en el entorno digital.

La falta de recursos digitales puestos a disposición de los profesionales sanitarios para su práctica diaria, teniendo en cuenta que, sin tales recursos, resulta poco factible la protección de la salud digital de los pacientes. De nada han servido los compromisos incluidos en textos legales hace ya décadas, que no se han visto materializados en la práctica, quedándose en meros compromisos. Véase, por ejemplo, lo señalado en el apartado b) del artículo 30 de la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural: "Para facilitar el acceso de la población rural a unos servicios públicos sanitarios de calidad, el Programa podrá establecer medidas que persigan: b) La puesta a disposición de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, que ejercen en el medio rural, de las más modernas tecnologías y medios y, en particular, de la telemedicina".

Estamos aún relativamente lejos de acercarnos a un sistema sanitario de salud pú-

### **Es preciso preguntarse si nuestro sistema sanitario está preparado para poder hacer factible el reconocimiento práctico del derecho a la protección de la salud en el entorno digital**

blico de carácter digital que permita a los profesionales sanitarios acceder y, con ello, poder hacer uso de las TIC para su práctica asistencial diaria, en condiciones de fiabilidad y certidumbre.

La reducida inversión pública en formación de los profesionales sanitarios (y también de los pacientes) en el uso de las TIC, más allá del uso de las mismas en los servicios digitales de salud más básicos, como el acceso al historial clínico electrónico o la receta médica electrónica.

Puede afirmarse que pocos profesionales sanitarios recibieron, antes de la alerta sanitaria causada por la pandemia COVID-19, formación específica para abordar consultas telefónicas o telemáticas con los pacientes, siendo esta la principal razón por la que tras el masivo uso de las TIC en la práctica asistencial surgieron publicaciones, webinars o sesiones formativas sobre buenas prácticas, recomendaciones o códigos de conducta en el uso de las TIC en la práctica sanitaria.

En este punto, no hemos de obviar que la formación continuada de los profesionales sanitarios no es sólo un deber de este, sino también un derecho cuyo apoyo e impulso corresponde a los poderes públicos a tenor de lo recogido en el artículo 12 f) de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) aunque, hasta la fecha, un porcentaje elevado del apoyo a la formación continuada de los profesionales sanitarios haya resultado posible en gran parte gracias a la financiación privada, proveniente de la industria. Por tanto, hasta que los profesionales sanitarios no dispongan de una formación suficiente y continuada en el uso de las TIC para la práctica asistencial será difícil sostener que en España existe un derecho real a la protección de la salud en el entorno digital.

La insuficiente concienciación de los profesionales sanitarios (y también de los pacientes) de los beneficios que un sistema sanitario público digital puede conllevar





en el cuidado y atención de los pacientes e indirectamente en los profesionales sanitarios, en lo concerniente a la puesta a su disposición de medios y recursos que faciliten la práctica asistencial. Muchos de los beneficios han sido señalados en el apartado anterior, si bien obviamente no son los únicos que la digitalización del sistema sanitario público de salud puede traer consigo.

La falta de un marco jurídico ad hoc que dé respuestas a las dudas y problemáticas que plantean y pueden llegar a generar los servicios de salud digital como son, entre otros, la telemedicina.

Es cierto que disponemos de un marco general sólido en materia sanitaria, así como de una normativa base en materia de uso de las TIC, si bien, dicha normativa se promulgó y entró en vigor en España en un contexto donde el impacto de las TIC en el campo de la salud no era comparable con el actual. Esta rápida expansión de las TIC en el ámbito sanitario exige una actualización de la normativa, que dote de contenido al derecho a la protección de la salud en el entorno digital previsto en la Carta de Derechos Digitales, al objeto de dotar de seguridad jurídica a todas las partes implicadas en este escenario, garantizando asimismo que el reconocimiento de dicho derecho no supondrá ninguna merma en el contacto directo entre el profesional sanitario y el paciente, aspecto esencial en la relación profesional sanitario-paciente.

No obstante, mientras se produce dicha actualización, la normativa existente habrá de interpretarse a la luz de la realidad social imperante en estos momentos, atendiendo a su espíritu y finalidad prevista.

Las normas deontológicas en las distintas profesiones sanitarias se hallan desactualizadas, al apenas hacer mención a la salud digital o los servicios propios de la misma. A mayores, en los pocos artículos que lo

hacen (por ejemplo, en lo relativo al uso de la telemedicina en la práctica asistencial) rige la aplicación de principios estrictos y restrictivos en cuanto a su uso, lo cual, como se ha podido comprobar durante los meses de alerta sanitaria ocasionada por la COVID-19 no se adecúa al escenario de la práctica asistencial vigente y, menos aún, al que se espera que pueda llegar a desarrollarse en los próximos años.

Como ocurre en muchos ámbitos, la realidad social ha avanzado a mucha mayor velocidad que el ordenamiento deontológico que rige las profesiones sanitarias, circunstancia que determina que los encargados de velar por el derecho a la protección de la salud en el entorno digital, es decir, los profesionales sanitarios, se encuentren con obstáculos evidentes para hacer uso de los servicios propios de la salud digital en las normas que rigen su actuación profesional.

Expuesto lo anterior, resulta patente que aún queda un largo camino por recorrer para poder hablar en términos reales de un verdadero derecho a la protección de la salud en el entorno digital, sobre todo en lo relativo a poder garantizar el mismo en el entorno del Sistema Nacional de Salud. No obstante, el hecho de haber recogido el mismo de forma expresa en la Carta de Derechos Digitales e impulsar una “Estrategia Nacional para la Transformación Digital del Sistema Nacional de Salud” debe servir para abrir un debate constructivo que finalmente nos permita avanzar en esa deseada transformación digital del sistema sanitario público de salud.

Una vez completada esa digitalización de nuestro sistema sanitario público de salud, será cuando pueda materializarse ese derecho en su doble vertiente, por un lado, como prerrogativa del paciente en la práctica asistencial y, por otro, como deber de respeto y tutela exigible a los poderes públicos reflejados en los diferentes sistemas públicos de salud ■

## Referencias

1. Véase, por todos, el artículo 26.3 del Código de Deontología Médica vigente “3.- El ejercicio clínico de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet, es contrario a las normas deontológicas. La actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el paciente (...)”.
2. La salud digital o ehealth fue definida por la Comisión Europea en el año 2004 bajo el siguiente tenor literal: “el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en toda la amplitud de servicios de asistencia sanitaria”, “Benchmarking Deployment of e-Health Services (2012-2013)”, European Commission Joint Research Centre Institute for Prospective Technological Studies, R. Sabes-Figuera, I. Maghiros, F. Abadie, 2013.
3. “Las herramientas digitales nos han permitido ser ágiles y flexibles a la hora de reorganizar la actividad para afrontar esta crisis. Sin esta base, la respuesta habría sido mucho peor, tanto para pacientes de la pandemia como para los que estaban en los circuitos habituales del sistema”, palabras del Doctor Juan Rey, director de Innovación Asistencial del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, periódico EXPANSIÓN: <https://www.expansion.com/economia-digital/innovacion/2020/04/26/5ea1cd43468aebc1378b45d9.html>.
4. En España la telemedicina comenzó a aplicarse durante los años 20 del siglo pasado (siglo XX) con motivo de las primeras teleconsultas realizadas por radio en alta mar, no obstante, no fue hasta hace aproximadamente dos décadas (1996) cuando se instauró el primer servicio de telemedicina, concretamente en la Sanidad Militar, momento en el que se

realizó una videoconferencia vía satélite entre el Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid y el centro médico del destacamento militar español desplegado en Bosnia-Herzegovina.

5. [https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153\\_1\\_Dictamen.pdf](https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf)
6. [https://portal.mineco.gob.es/Recur-sosArticulo/mineco/ministerio/participacion\\_publica/audiencia/ficheros/SEDIACartaDerechosDigitales.pdf](https://portal.mineco.gob.es/Recur-sosArticulo/mineco/ministerio/participacion_publica/audiencia/ficheros/SEDIACartaDerechosDigitales.pdf)
7. Desde Europea se está trabajando en la interoperabilidad europea del historial clínico y de la receta médica electrónica lo cual, obviamente, constituiría un enorme avance en materia de salud digital para los ciudadanos europeos: “Los esfuerzos que se realizan actualmente para intercambiar datos de pacientes entre países de la UE se basan en la cooperación voluntaria de las autoridades sanitarias para conectarse con la infraestructura de servicios digitales de sanidad electrónica, respaldada por el Mecanismo «Conectar Europa» (banda ancha y tecnologías de la información y comunicación). A este respecto se emplean las directrices acordadas por la red de sanidad electrónica diseñada para la administración, el establecimiento y el funcionamiento de la infraestructura de servicios digitales de sanidad electrónica. En la actualidad, este intercambio de datos se limita a los resúmenes de pacientes y recetas electrónicas, y no cubre los historiales médicos electrónicos. Se espera que estos dos casos de utilización de intercambios de datos de pacientes comiencen en 2018 entre 8 - 9 Estados miembros, con la previsión de que participen en esta iniciativa unos 22 Estados miembros hacia 2020”, “Comunicación de la Comisión Europea relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado

Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable, Comisión Europea, abril de 2018.

8. Poblaciones que se hallan alejadas de núcleos urbanos o poblaciones que aún localizadas en un núcleo urbano se encuentran aisladas por sucesos o circunstancias ajenas a su voluntad (véase lo ocurrido en España, con el temporal Filomena).
9. “En España hay 2,4 millones de personas de más de 80 años y otras 400.000 de más de 90 años, de las cuales un 45% presenta algún tipo de patología crónica”, “Hacia la Transformación Digital del Sector de la Salud, 10 medidas para su impulso”, AMETIC, FENIN y SEIS.
10. La Comisión Europea, en el año 2008, definió así la telemedicina: “La prestación de servicios de asistencia sanitaria, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), en situaciones donde el profesional sanitario y el paciente (o dos profesionales sanitarios) no se encuentran en el mismo lugar (...)”.
11. En el campo de la especialidad médica de atención primaria, parece voluntad de los poderes públicos introducir este recurso de salud digital en el sistema sanitario de salud: “15.7. Desarrollar un Plan urgente de digitalización sanitaria en Atención Primaria, de manera que se incorpore la telemedicina y la atención telefónica al funcionamiento normalizado de los Centros de Salud. La experiencia de atención telefónica durante la crisis del COVID-19 ha mostrado las ventajas de utilizar las Tecnologías de la Información y la Comunicación y medios de comunicación modernos en la Atención Primaria. Consolidar esta experiencia mejorará la accesibilidad de los pacientes a sus profesionales y facilitará a estos su trabajo, así como la intercomunicación con otros niveles asistenciales”, “Dictamen de la Co-

misión para la Reconstrucción Social y Económica”.

12. European Commission, Brussels, 6.12.2012 SWD 201 2) 414 final).
13. “La transformación digital de nuestra economía, nuestra sociedad y nuestra administración era ya sin ninguna duda un reto de presente antes de la llegada del COVID-19, pero también es indudable que la crisis sanitaria y también económica y social generada por la pandemia ha puesto de manifiesto la urgencia de acometer un proceso de digitalización que ayude a la transformación y modernización de nuestra economía y nuestra sociedad (...) Pero, además, la digitalización resulta especialmente pertinente en el Sistema Nacional de Salud (...) 75. Impulsar, en coordinación con las comunidades autónomas, un Plan para la Digitalización Sanitaria, de modo que contribuya de forma decidida a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y permita una mejor respuesta de los sistemas sanitarios a los retos y necesidades sanitarias actuales”, “Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica”.
14. “Informe del Comité de Bioética de España sobre el Borrador de Carta de Derechos Digitales”, Comité de Bioética de España.
15. En el preámbulo de la Carta de Derechos Digitales se apunta lo siguiente: “En este contexto, no se trata necesariamente de descubrir derechos digitales pretendiendo que sean algo distinto de los derechos fundamentales ya reconocidos o de que las nuevas tecnologías y el ecosistema digital se erijan por definición en fuente de nuevos derechos”.
16. Médico endocrino, Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Virgen de Macarena de Sevilla, “Webinar E-salud y telemedicina”, El Médico Interactivo (Grupo SANED), 22 de octubre, con el apoyo no con-



- dionado de Novo Nordisk.
17. En otro ámbito, como el de la educación, a los efectos de paliar esa brecha digital existente se promulgó la Resolución de 7 de julio de 2020, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre el Ministerio de Educación y Formación Profesional, el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital y la Entidad Pública Empresarial Red.es, M.P., para la ejecución del programa “Educa en Digital”.
  18. “En los últimos años España ha perdido algo de terreno respecto a los países que lideran esta transformación, debido en parte a que se ha debilitado el impulso inicial de la Administración que ha descendido el esfuerzo inversor necesario para la adopción de estas tecnologías. Entre los años 2010 y 2014, el presupuesto destinado a sanidad de las CCAA se ha visto reducido un 11,2%, de manera que se estima que el gasto sanitario público volverá al nivel de 2010 del 6,5 % del PIB no antes del año 2020. Esto también ha redundado en que la inversión en TIC en salud se ha visto reducida en este periodo alcanzando el 1,27% del gasto sanitario público, lejos de la horquilla del 2-3 % de los países europeos que lideran la transformación digital, “Hacia la Transformación Digital del Sector de la Salud, 10 medidas para su impulso”, AMETIC, FENIN y SEIS.
  19. En el contexto de un webinar reciente de la Asociación Americana de Médicos (AMA), donde se trató el impacto de la telemedicina uno de los ponentes intervinientes, el Dr. Bailey, médico de profesión, refirió lo siguiente: “Sin embargo, hay algunos pacientes que no lo entienden. De vez en cuando, te preparas para una consulta telemática y de repente el paciente en cuestión no sabe cómo conectarse. Eso ha sido un poco frustrante, pero estamos tratando de prevenir esas situaciones de antemano”.
  20. Por señalar algunas, “Recomendaciones del ICOMEM sobre “Telemedicina” ante la crisis sanitaria”, 24 de marzo de 2020; “La telemedicina en el acto médico, consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online”, Comisión Central de Deontología, OMC, 10 de junio de 2020; “Teleconsulta en Endocrinología y Nutrición en tiempos de la pandemia COVID-19 y más allá”, SEEN. [https://www.seen.es/ModuloGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1433/160620\\_105727\\_7128864936.pdf](https://www.seen.es/ModuloGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1433/160620_105727_7128864936.pdf)
  21. En lo concerniente a este asunto, hemos de estar atentos a ver qué pasa en un futuro tras la inclusión del apartado 47.2 en el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica: “Tomar medidas para financiación pública de formación continuada de los profesionales sanitarios a cargo de las administraciones públicas, y para investigación independiente, divulgación/educación sanitaria y patrocinio de actividades de asociaciones de pacientes. Se prohibirá financiación de estas actividades, directa o indirectamente, por la industria”.
  22. “No obstante, a pesar de la conciencia generalizada de los beneficios de la telemedicina, su utilización en la prestación de servicios cotidianos de salud y de asistencia sanitaria sigue siendo relativamente escasa y una de las razones identificadas de ello es la falta de claridad jurídica”, “Telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society”, Commission Staff Working Paper, European Commission, June 2009.
  23. Por todas, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
  24. Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
  25. El artículo 3.1. del Código Civil señala expresamente: “Las normas se interpretarán según el sentido propio de sus palabras, en relación con el contexto, los antecedentes históricos y legislativos, y la realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas, atendiendo fundamentalmente al espíritu y finalidad de aquellas”.
  26. Consensuar desde la profesión médica, lo que se debe y no se debe hacer. El desarrollo tecnológico espectacular y en especial de las TICs y la normalización social de sus usos y aplicaciones obligan a actualizar las normas deontológicas vigentes del año 2011 e incluso las incluidas en el actual borrador en proceso de aprobación por la Asamblea General que les afectaban”, “La telemedicina en el acto médico, consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online”, OMC, 10 de junio de 2020.
  27. Véase, entre otros, el artículo 26 en sus apartados 3, 4 y 5 del Código de Deontología Médica vigente (versión 2011) o el artículo 47 -en su integridad- del Código Español de Ética y Deontología dental vigente (versión del 2012).
  28. “Las barreras regulatorias para el desarrollo de la telemedicina probablemente no estaban suficientemente justificadas”, Teleconsulta en Endocrinología y Nutrición en tiempos de la pandemia COVID-19 y más allá, SEEN.

# SOMOS información



**El Médico**  
Interactivo

Información sanitaria diaria  
desde 1999

[www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)



**LONG**

**COVID**



# Atención Primaria, al frente del abordaje de la

# COVID persistente

Texto | Eva Fariña



**Los profesionales de Atención Primaria están tomando las riendas del abordaje de la COVID-19 persistente en España. El liderazgo de este nivel asistencial en el seguimiento de estos pacientes se plasma en la 'Guía Clínica para la Atención al paciente COVID persistente/Long COVID', un proyecto impulsado por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), en colaboración con las sociedades científicas implicadas en la nueva enfermedad.**

Muchos pacientes que se contagian de coronavirus presentan secuelas como cansancio, disnea, dolor o dificultad de concentración durante semanas y meses después de superar la enfermedad. "Más allá de la afectación aguda no consiguen recuperar su estado vital previo", dice la Guía de la SEMG.

Hasta el momento se dispone de mucha información relacionada con estas secuelas, sobre todo porque ahora se registran y digitalizan muchos datos de las historias clínicas. No

obstante, los médicos todavía no tienen respuestas para todas las preguntas que se plantean los pacientes: ¿por qué las secuelas afectan a unas personas y a otras,

¿por qué hay tanta diversidad de síntomas?, ¿cuánto pueden durar los problemas relacionados con la COVID-19?, ¿la COVID persistente podría convertirse en una enfermedad crónica? Y, sobre todo, la gran incógnita es si la comunidad científica conseguirá un tratamiento para esta patología de nuevo cuño o se seguirán tratando los síntomas de forma aislada.

Ya están en marcha diversos proyectos para consensuar el abordaje de la *long COVID*, y la mayoría se están impulsando desde Atención Primaria. De nuevo, surgen las dudas en este sentido. ¿Tienen los profesionales de Primaria las herramientas necesarias para asumir esta labor no solo de asistencia, sino también de investigación? Una vez más Atención Primaria se encuentra de frente con su imagen en el espejo: la saturación de las consultas y la falta de tiempo y de recursos para la formación.

### Abordaje individualizado y personalizado

Al haber tal variedad de síntomas, el abordaje de la COVID persistente debe ser, más que nunca, individualizado y personalizado. Es probable que cada paciente presente unas complicaciones diferentes, de una gravedad variada, con sus propias circunstancias y con una evolución distinta.

Las afectaciones más conocidas en la actualidad están relacionadas con múltiples es-

pecialidades. Estas personas pueden presentar sintomatología respiratoria, cardiológica, neurológica, oftalmológica, dermatológica... por citar algunas. Además, habrá que valorar cómo afectan to-

das estas secuelas en la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta que las sufren tanto pacientes jóvenes como mayores.

### Datos disponibles

Una investigación del Centro de Neuroregeneración del Hospital Metodista de Houston, en Estados Unidos, realizada con los datos de 47.910 pacientes, identifica 55 efectos a largo plazo de la COVID-19. Estos problemas de salud pueden ser entre leves y debilitantes, y su duración puede variar entre semanas y meses tras la recuperación inicial. Las conclusiones de este proyecto se han publicado en *'Nature's Scientific Reports'*.

El principal síntoma detectado es la fatiga, con un 58 por ciento, mientras que el dolor de cabeza aparece en un 44 por ciento de los casos. Los pacientes también tienen trastorno de atención (27 por ciento), caída del cabello (25 por ciento) o dificultad para respirar (24 por ciento). Asimismo, la ageusia (23 por ciento) y la anosmia (21 por ciento) son habituales en las personas con *long COVID*.

En menor medida también se encuentra relación entre el coronavirus y las enfermedades pulmonares, como tos, problemas para respirar, apnea del sueño y fibrosis pulmonar. Los síntomas cardiovasculares más frecuentes son las arritmias y las miocarditis. Los pacientes también refieren problemas como el tinnitus o los sudores nocturnos.

Los síntomas neurológicos más asociados con la COVID de larga duración son la demencia, la ansiedad, la depresión o los trastornos obsesivo-compulsivos.

Otro dato significativo es que el 80 por ciento de los adultos que ha pasado la enfermedad presentaba al menos un síntoma a largo plazo,

que podía durar de semanas a meses después de una infección aguda con COVID-19 leve, moderada o grave.

**El principal síntoma detectado es la fatiga, con un 58 por ciento, mientras que el dolor de cabeza aparece en un 44 por ciento de los casos**

### Síndrome post-UCI

Entre las personas con problemas post-COVID se podría incluir a aquellos pacientes que tienen síndrome post-UCI, es decir, secuelas por la afectación multiorgánica. Estos daños pueden aparecer en el sistema respirato-

rio, nervioso, endocrino, etc. Desde marzo de 2020 muchas personas contagiadas han sufrido periodos prolongados de hospitalización, con el riesgo asociado que conlleva la inmovilidad.

Los especialistas indican que las consecuencias de una larga hospitalización pueden persistir incluso durante varios meses después del alta hospitalaria, especialmente la debilidad muscular.

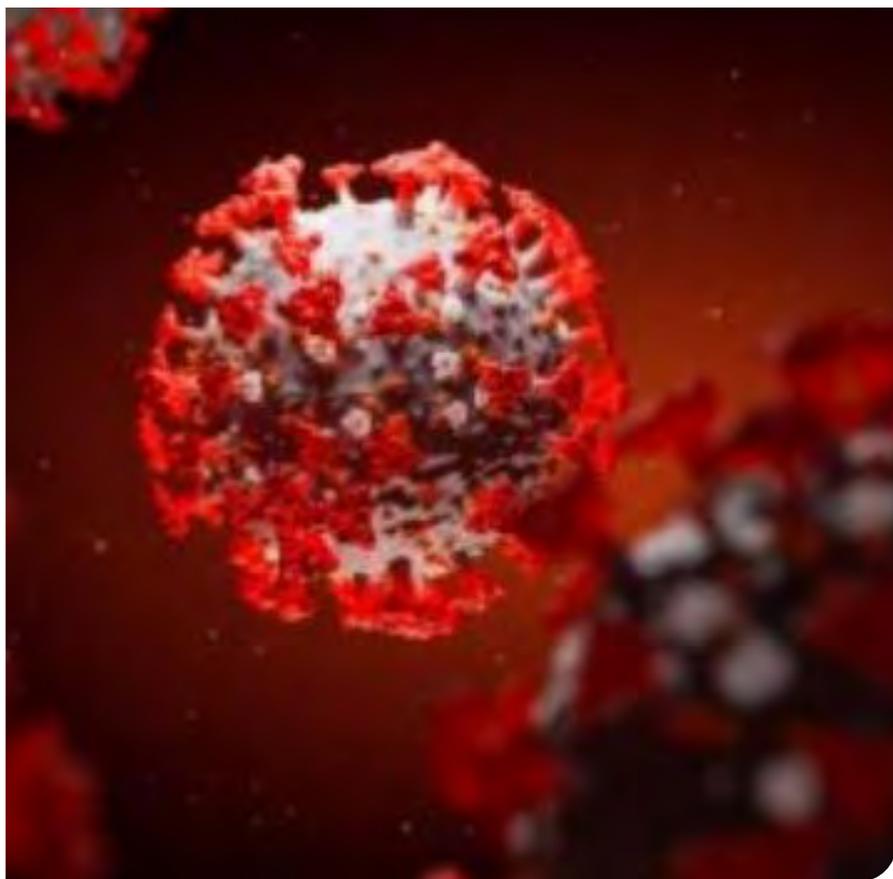
La Atención Primaria también se pregunta si está preparada para atender a todos los pacientes que ya están mostrando las severas secuelas de la pandemia en el ámbito psicológico y emocional. Prácticamente todas las familias, grupos de amigos y compañeros de trabajo

han vivido el fallecimiento de un ser cercano. Las especiales circunstancias vividas, sobre todo durante los primeros meses de la pandemia, han provocado que muchos duelos hayan sido especialmente complicados.

Por otra parte, deben tenerse en cuenta otras consecuencias más o menos directas de la crisis sanitaria, como son los problemas laborales y económicos, el aislamiento y la soledad de muchas personas por falta de vida social, los trastornos psicológicos por el temor al contagio, etc. Todas estas circunstancias tarde o temprano acaban recayendo en Atención Primaria, por lo que ponen a prueba la capacidad del primer nivel asistencial.

### Atención Primaria tendrá que asumir la atención de pacientes con secuelas en el ámbito psicológico, como la depresión o el estrés

problemas laborales y económicos, el aislamiento y la soledad de muchas personas por falta de vida social, los trastornos psicológicos por el temor al contagio, etc. Todas estas circunstancias



### Resistencia del virus

Un referente en el abordaje de la COVID persistente es Francisco Mera Cordero, médico de Familia y coordinador del Comité de Expertos de la COVID persistente, dependiente de la Dirección de Atención Primaria Costa Ponent, del Instituto Catalán de la Salud. También es investigador del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol).

Según las cifras que maneja, un 10-20 por ciento de los pacientes que pasan la COVID continúa con clínica, es decir, sigue teniendo síntomas una vez superada la enfermedad. “En algunos pacientes se ha observado que se produce una resistencia del virus en los tejidos, sobre todo a nivel intestinal. Es muy probable que pueda haber otra serie de reservorios, seguramente a nivel cerebral, hepático o en diferentes órganos. Se cree que pueden existir restos del virus o incluso el propio virus podría estar produciendo esa sintomatología en los pacientes”.

### Sintomatología a medio y largo plazo

La sintomatología puede variar durante el tiempo de evolución de la enfermedad, es decir, pueden aparecer nuevos síntomas en el proceso de la COVID persistente. Los síntomas evolucionan, y algunos mejoran, pero otros empeoran. “La clínica del paciente es bastante dinámica”, comenta Francisco Mera. “Pueden aparecer nuevos síntomas, que se combinan con los existentes. La falta de aire, el cansancio tanto físico como mental, la falta de capacidad para poder concentrarse, de memorizar, de coordinación... Todos estos síntomas impiden al paciente realizar una vida normal e interfieren en su actividad laboral, social o familiar”.

### Duración de los síntomas

La duración de los síntomas de la *long COVID* es muy variable. “Se supone que llamamos COVID persistente a la enfermedad



## REPORTAJE DE PORTADA

# Atención Primaria, al frente del abordaje de la COVID persistente

de más de tres meses con síntomas. Puede haber gente que a los seis o siete meses mejore, pero, en general, las personas que llevan más de tres meses con síntomas no suelen mejorar. Tengo pacientes que llevan más de un año de evolución, incluso 18 meses con síntomas, porque pertenecen al primer grupo que enfermó”.

A posteriori, el número de estos pacientes ha ido aumentando, como recuerda Francisco Mera, sobre todo durante la primera ola, cuando hubo muchos más casos de COVID persistente. “Se produjo otro incremento de casos en octubre y noviembre, así como a partir de febrero. En la quinta ola también hemos tenido bastantes pacientes con COVID persistente debido a la variante delta”.

### La patología crónica tras la COVID

Otra de las preocupaciones de la Atención Primaria en relación con la COVID persistente es la aparición de patología crónica en edades cada vez más tempranas. Así lo remarcaba un estudio publicado en la revista *Nature*, realizado en el mes de abril entre 73.000 personas. En este, se detectó una mayor tendencia a la patología crónica en edades más tempranas de la vida tras haber pasado la COVID-19. Es decir, la “aparición de nuevas enfermedades que no corresponden a la edad biológica de estos pacientes”, señala Lorenzo Armenteros, portavoz de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Entre ellas, estarían incluidas la diabetes, la hipertensión o “trastornos neurocognitivos inadecuados para la edad que tienen estos pacientes, pero que aparecen de una forma muy temprana”.

Esta pandemia no solo ha dejado cifras importantes de pacientes agudos. Cada vez son más los pacientes que padecen *long COVID* que no acuden al hospital, sino que deben hacer seguimiento en Atención Primaria.

Armenteros recuerda que se trata de una patología que es más frecuente en mujeres, en una edad media de la vida. Sin embargo, no está exenta de que pueda afectar a hombres, incluso a jóvenes y a niños. “Es muy probable que, después de esta quinta ola, que afectó a edades más tempranas, tengamos también una COVID persistente en esta franja de edad”, según destaca el experto.

### COVID en niños y jóvenes

Por lo que respecta a la COVID persistente pediátrica, hay muy poca información. L’Office for National Statistics del Reino Unido estima que el 9,8 por ciento de los niños entre dos y 11 años y el 13 por ciento de los que tienen entre 12 y 16 años presentan síntomas cinco semanas después de la infección. También muestran que el 7,4 por ciento de los niños entre dos y 11 años y el 8,2 por ciento de los que tienen entre 12 y 16 años todavía presentan síntomas 12 semanas después de la infección.

Actualmente hay pocos estudios publicados en pacientes de edad pediátrica con COVID-19. La Sociedad Catalana de Pediatría, en su guía “Recomendaciones para el manejo clínico de la Covid-19 persistente en niños y adolescentes en Cataluña”, publicada el pasado mes de junio, revisa la evidencia científica existente.

### Investigación

En la actualidad ya hay muchos estudios de investigación en marcha para conocer mejor esta “réplica viral”, dice Francisco Mera. Por los datos existentes, la COVID persistente afecta sobre todo a mujeres de entre 30 y 50 años, con una media de edad de unos 43 años.

“Las líneas de investigación apuntan, básicamente, a que muy probablemente su respuesta de inmunidad es diferente a la de personas que han pasado la enfermedad y se han curado. De hecho, muchas personas con COVID persistente no tienen inmunidad humoral, es decir, no han creado anticuerpos, por lo que se produce esa persistencia en la clínica”, explica el facultativo. “Esta es una de las diferencias con respecto a las personas que han pasado la enfermedad y se han curado, que sí han creado inmunidad de anticuerpos”, añade.

### Consenso internacional

En el ámbito de la investigación, uno de los proyectos más potentes está liderado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dependiente del Ministerio de Sanidad, y por el Ministerio de Ciencia e Innovación. Carolina Darias, titular de Sanidad, y Cristóbal Belda, director del Instituto, han presentado este proyecto el pasado mes de septiembre a los consejeros reunidos en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La principal finalidad es mejorar el

diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes que han superado el coronavirus.

La línea de investigación consiste en analizar toda la información disponible de la COVID persistente, y el objetivo es presentar las conclusiones antes de finales de 2021. En concreto, el estudio pretende “definir exactamente” la enfermedad y establecer un consenso diagnóstico que se pondrá en común con otras entidades de fuera de España para buscar un acuerdo internacional.

**El ISCIII lidera un estudio que pretende “definir exactamente” la enfermedad y establecer un consenso diagnóstico**

de la COVID persistente, y el objetivo es presentar las conclusiones antes de finales de 2021. En concreto, el estudio pretende “definir exactamente” la enfermedad y establecer un consenso diagnóstico que se pondrá en común con otras entidades de fuera de España para buscar un acuerdo internacional.

### Abordaje a corto y a largo plazo

Según Cristóbal Belda, este proyecto tiene una doble vía de investigación: el aborda-

je a corto y a largo plazo. En primer lugar, se intenta definir clínica y biológicamente la COVID persistente y sus secuelas, así como conocer su prevalencia en España.

Las comunidades autónomas están involucradas en esta investigación liderada por el ISCIII y el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), en coordinación con el Ministerio de Sanidad.

Otra rama de este estudio se basa en la Acción Estratégica en Salud 2022 del ISCIII, que incluye la investigación sobre COVID persistente como uno de sus ámbitos estratégicos. De esta forma, será posible establecer líneas de investigación a largo plazo. La Acción Estratégica en Salud es la principal herramienta de financiación de la investigación biomédica y sanitaria en España.

### Tratamientos disponibles

En la actualidad, los tratamientos disponibles para la COVID persistente se basan en el alivio de los síntomas. Por ejemplo, para tratar la disnea o falta de aire se recurre a la fisioterapia, al igual que el resto de las complicaciones respiratorias.

## En la actualidad, los tratamientos disponibles para la COVID persistente se basan en el alivio de los síntomas

a las personas con ageusia a recuperar el sentido del gusto. Las terapias rehabilitadoras también resultan beneficiosas para mejorar la evolución de las personas con problemas cognitivos. En cuanto a la anosmia, los terapeutas ocupacionales disponen de varias técnicas de entrenamiento para ayudar a superar la pérdida de olfato.

La medicación suele destinarse, principalmente, para aquellas personas con COVID persistente que tienen dolor neuropático, cefalea o molestias gastrointestinales,

### Unidades post-COVID

En el ámbito hospitalario, diversos profesionales y entidades solicitan la creación de unidades post-COVID. Uno de estos facultativos es Juan Torres Macho, investigador del Departamento de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y director médico del Hospital Universitario Infanta Cristina de Madrid.

Igualmente, la fisioterapia puede ayudar a los pacientes con dolor musculoesquelético.

Por su parte, la terapia ocupacional puede ayudar

“Tanto nuestro sistema de salud como los profesionales que trabajamos en él estamos totalmente preparados para tratar los síntomas del *long COVID*. De hecho, no creo que haya profesional sanitario que no se vaya a enfrentar a ellos en los próximos meses”, dice.

“La gestión de los recursos no está siendo totalmente adecuada, y probablemente sea necesario ampliar la plantilla de los profesionales sanitarios. En este ámbito, la creación de unidades post-COVID es una necesidad absoluta y prioritaria. Estas unidades deberían incluir un médico de Familia, junto con personal de Enfermería, Neumología, Fisioterapia, Psicología y Terapia Ocupacional”, enumera Juan Torres.

Por otra parte, diversas investigaciones muestran que la clínica de la COVID persistente se asemeja a algunas enfermedades autoinmunes. Asimismo, los investigadores señalan que la microbiota intestinal o la flora intestinal también está relacionada con los síntomas. “Un porcentaje alto de pacientes con COVID persistente consigue una mejora de los síntomas cuando se controlan las alteraciones en la flora intestinal”, explica Francisco Mera.

También han aparecido algunos casos de COVID persistente asociados a la vacunación, como explica el investigador. “En algunas personas vacunadas contra este coronavirus se ha observado que tienen clínica similar a la COVID persistente. De hecho, tengo algún paciente que ha comenzado clínica a posteriori de la vacunación. Algunos pacientes sí habían pasado la enfermedad en 2020, por ejemplo, pero a raíz de la vacuna han comenzado con clínica de enfermedad persistente. Todavía no hay datos o porcentajes, pero sí nos hemos encontrado con varios casos”.

### Especialidades médicas implicadas

Debido a que existe una clínica tan variable, en el abordaje y la investigación de la COVID persistente participan desde Aten-

## EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Según su experiencia, los datos que se manejan en España respecto a la *long COVID* son “más o menos” iguales que en el resto de Europa o países como Estados Unidos. “El virus ha viajado por todo el mundo, y la COVID persistente se investiga en todos los países europeos, así como en EE. UU. y Canadá, si hablamos del mundo occidental. Las líneas de investigación son muy parecidas en todos estos países. Probablemente, a nivel internacional, los países que más adelantados están en cuanto al tratamiento y la investigación son Reino Unido y EE. UU. y, quizá, también ahora Alemania está empezando a ponerse las pilas”.

En cuanto a España, Francisco Mera considera que “se posiciona en un lugar bastante destacado”. “Tenemos diferentes centros, sobre todo en Cataluña, que están realizando desde hace muchos meses trabajos destacados de investigación y seguimiento de los pacientes con COVID persistente”.



ción Primaria hasta otras especialidades como Medicina Interna, Reumatología, Infecciosas y Neurología, sobre todo en neurorrehabilitación. También intervienen otras áreas que no son médicas, como la fisioterapia. Igualmente, los profesionales de la Nutrición cada vez tienen más peso.

Francisco Mera comenta que se están aconsejando técnicas rehabilitadoras de actividad física en el Hospital del Mar de Barcelona “con mucho éxito” en pacientes con COVID persistente. “Se hizo un programa de marcha nórdica con buenos resultados en cuanto a la mejora, tanto a nivel de coordinación motora como a nivel de estado psicoemocional”, señala.

En cuanto a las especialidades que intervienen en la investigación de la COVID persistente, Mera menciona a los microbiólogos y los inmunólogos, “que están buscando la causa de esta enfermedad”.

En concreto, Francisco Mera lidera un grupo de investigación que se denomina “Esperanza COVID”, en el que trabajan expertos en análisis clínicos, inmunólogos, microbiólogos, neumólogos y médicos de Familia. “Estamos realizando una serie de pruebas desde el punto de vista de las distintas especialidades para ver qué diferencias existen entre el paciente con COVID persistente y el resto de las personas sanas o aquellas que han pasado la enfermedad y se han curado”, explica.

### Formación y actualización de conocimientos

Por el momento, parece que no hay una estrategia de formación consensuada para la actualización de conocimientos de la COVID y su modalidad persistente. Francisco Mera habla más bien de la creación de gru-

pos aislados. “Sé que las experiencias son muy dispares. Da la sensación de que no existe este tipo de actuación formativa. En nuestro caso, hemos intentado dar solución a estos pacientes y hemos creado un comité de expertos dentro de Atención Primaria. De esta forma, los médicos de Familia, que seguimos siendo referente del paciente, tenemos acceso a través de un circuito ágil a este comité de expertos. Cuando

es necesario, el comité de expertos se reúne en el hospital para dar solución a los afectados”.

Mera considera necesario realizar un programa de formación. “Realmente nos estamos auto-

formando; incluso los que somos más especialistas en el tema estamos en pleno proceso de formación, porque es una enfermedad nueva. Estamos aprendiendo básicamente de la asistencia de estos pacientes a la vez que de la investigación que hacemos con estudios clínicos tanto observacionales como ensayos clínicos. Tenemos en mente realizar una formación masiva para todos los compañeros”.

### Protagonismo de Primaria

A medio y largo plazo, Francisco Mera piensa que se mantendrá el protagonismo de la Atención Primaria en el seguimiento de la COVID persistente. “El paciente con fatiga, el que le cuesta respirar, no siente que sus síntomas sean graves, por lo que suele acudir al médico de Familia. Es un paciente que se puede tratar de manera ambulatoria, no es necesaria la hospitalización; por tanto, la Atención Primaria es el nivel asistencial en el que se debe atender. Ciertamente es que el volumen de trabajo es muy grande, con lo cual, nuestra idea es intentar reducir la saturación gracias a la labor de una serie de expertos que nos ayuden a regular todo el flujo de pacientes con COVID persistente”.

Más médicos como Francisco Mera están creando redes de trabajo para conseguir que la información y la formación lleguen a los médicos de Primaria. “En Cataluña estamos sintonizados por áreas geográficas, nuestro territorio abarcaría desde el final de Barcelona capital hasta Tarragona, abarcamos una población potencial de dos millones de personas y tenemos que dar respuesta a esos dos millones de personas”.

Las características de cada territorio también influyen en el tipo de abordaje que se hace de la enfermedad. “No es lo mismo un territorio pequeño, que uno más extenso o uno más o menos poblado, pero por eso también existen hospitales comarcales u hospitales de tercer nivel”, dice Mera.

### Resto de las patologías

El gran reto es dar respuesta a los pacientes desde el sistema sanitario, siempre centrado sobre la Atención Primaria, pero intentando que esta no se ahogue. Todo este esfuerzo para atender y tratar al paciente *long COVID* debe hacerse sin descuidar el cuidado del resto de los pacientes. Así lo indica también Francisco Mera. “Intentamos crear unas unidades más específicas. Atención Primaria sigue siendo la puerta de entrada para toda la población al sistema sanitario, y tiene que seguir haciendo el seguimiento del paciente crónico, del paciente con diabetes, con hipertensión, etc. Debemos intentar, más que nada, que Primaria no quede absorbida por la COVID-19, porque tenemos que seguir tratando el resto de las patologías”.

Para conseguir esa eficiencia, Francisco Mera considera necesario “reforzar tanto los recursos humanos como los materiales”. El objetivo siempre es “ofrecer la mejor calidad asistencial posible a los pacientes. Para mí y para cualquier médico lo más importante es que los pacientes no se sientan desatendidos, sino acompañados”.



### **Papel fundamental de la Enfermería**

Como consecuencia positiva de la pandemia, Francisco Mera destaca que “va a ayudar a ordenar el flujo de las visitas”. “Y otro aspecto que debemos potenciar muchísimo es el protagonismo de la Enfermería, porque juega un papel fundamental en Atención Primaria, sobre todo en la toma de decisiones, el control del paciente sano y del paciente con patología crónica estable. Las enfermeras, igual que los médicos, tienen la capacidad de liderar y promover los hábitos saludables de vida, así como fomentar la autorresponsabilidad de la población”.

Además, Atención Primaria está formada no solo por el médico de familia, sino también por Enfermería, trabajadores sociales, grupos de salud mental, etc. “Tal vez

deberíamos incorporar a más profesionales relacionados con el autocuidado de la salud, como fisioterapeutas, nutricionistas, etc. Nuestro objetivo siempre es cambiar para mejorar”, comenta Mera.

Finalmente, el médico de familia hace una reflexión: “En los últimos meses algunos pacientes han sentido que la Atención Primaria les ha dejado un poco de lado, pero debemos tener en cuenta que las circunstancias han cambiado y ha sido necesario hacer las consultas de otra manera. Ahora que la situación se está calmando, poco a poco volveremos a la normalidad, si bien probablemente habrá cambios, como la telemedicina”.

“En cualquier caso, la Atención Primaria sigue estando ahí. Ahora mismo se está

reestructurando para atender esta nueva situación e intentar que la gente se sienta acompañada. La Atención Primaria está para los pacientes. No les hemos abandonado, sino que nos hemos tenido que reestructurar para afrontar una situación límite”, concluye.

### **Modelo colaborativo**

Por su parte, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) presentaba la Guía Clínica para la Atención al paciente COVID persistente. Este protocolo de actuación cuenta con el aval de 48 sociedades científicas, asociaciones científico-médicas y asociaciones de pacientes.

El objetivo de esta Guía Clínica es ofrecer una respuesta sanitaria adecuada a las personas que sufren secuelas del SARS-CoV-2.

En su propuesta, Atención Primaria debe liderar un trabajo colaborativo en el que participan las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes.

La Guía ha incluido una descripción de esta propuesta de modelo colaborativo. “Desde Atención Primaria se puede realizar la gestión del proceso a través del seguimiento y acompañamiento de los pacientes. Se debe valorar al paciente desde un concepto holístico del proceso. No se trata solo de atender los síntomas aislados, sino que el médico de Primaria puede co-gestionar con el paciente y el especialista hospitalario su atención en cada momento”.

Así, profesionales sanitarios y representantes de los pacientes solicitaban “evitar el modelo clásico de interconsulta del paciente en diferido, con pérdida de contacto y seguimiento”. La asistencia compartida debe incluir las consultas e interconsultas, tanto presenciales como a distancia. También asesoría, valoración de pruebas complementarias, interacción entre los niveles implicados en la atención al paciente, etc. Por ello, las nuevas tecnologías resultan de especial relevancia ■



Muchas veces,  
las decisiones del  
Consejo Interterritorial  
son más  
políticas  
que  
sanitarias

Gotzone Sagardui

Consejera de Salud del Gobierno vasco

Texto y fotos | Nekane Lauzirika



## ENTREVISTA Gotzone Sagardui

Gotzone Sagardui, licenciada en Medicina y exconcejala del ayuntamiento de Bilbao, se convirtió en el nuevo rostro del Gobierno vasco en la lucha contra la COVID-19 al relevar en el cargo hace ahora año y medio a Nekane Murga. Sostiene que Euskadi tiene un sistema de salud potente, en la entrevista concedida a la Revista EL MÉDICO.

**Hablo con sanitarios, trabajadores, empresarios que ya han acuñado “estrés pandémico” como expresión personalizada. ¿También la consejera de Salud lo sufre? ¿Lo percibe entre el personal sanitario del País Vasco?**

El personal sanitario sabe bien lo que nos ha correspondido hacer en los momentos duros de la pandemia y también ahora. No cabe la menor duda de que especialmente en los primeros meses, donde íbamos aprendiendo cada día sobre el virus y carecíamos de EPI, mascarillas, protocolos, etc., se notó la tensión. La responsabilidad de los sanitarios les ha exigido un esfuerzo extra. Desafortunadamente, esa grave situación la vivimos durante muchos meses, con lo cual el cansancio se ha ido acumulando. Con la vacunación tan avanzada, desde hace unos meses pensábamos que ya no se iban a producir más olas, pero el verano está siendo duro y ahora entramos en una época ilusionante, porque la incidencia está descendiendo y queremos recuperar las fuerzas; cada vez está más cerca el momento de ganar la batalla. En todo caso, que nadie tenga dudas sobre que tanto el personal sanitario, como esta consejera, estaremos dando lo mejor de nosotros tantas horas como lo requiera la situación.

**Viviendo tiempos de aguda crisis sanitaria, ¿no da la impresión de que la economía al albur de jueces y políticos esté siendo más determinante en ciertas decisiones (estado de alarma, mascarilla, apertura de espectáculos...) que la propia salud? ¿no se ningunea a quienes más saben de infecciones y salud?**



Las medidas se deben de adoptar siempre teniendo en cuenta también el contexto. Las personas y nuestras circunstancias de salud son múltiples y los agentes de ellas también. Tenemos una parte social que incide en nuestra salud y por ello hay una parte económica que tiene que mantenerse. No olvidemos que podemos prestar servicios públicos de salud a toda la ciudadanía fruto de un desarrollo económico. La economía es importante porque hablamos de una sociedad como la nuestra, moderna, actual, con necesidades y desarrollo fruto de esa bonanza. Sin salud

no hay economía, pero sin economía tampoco salud.

**Se habló de cogobernanza, pero hemos vivido momentos pandémicos de sálvese quién y cómo pueda. ¿No navegamos un tanto al páiro legal en decisiones de salud pública?**

**El avance de vacunas contra la COVID ha sido rápido, ejemplo de capacidad del sistema de investigación de las farmacéuticas para desarrollar soluciones que en otras circunstancias llevarían más tiempo**

Si me habla desde el punto de vista de las Comunidades Autónomas, lo que nosotros venimos reclamando es que se nos dote de los elementos jurídicos necesarios y suficientes para que podamos tomar las medidas

adecuadas a las circunstancias de nuestro país. Euskadi, en cada evolución de la pandemia actuó con inmediatez, pero vimos que eso no era suficiente; el lehendakari Urkullu solicitó en numerosas ocasiones herramientas jurídicas al Gobierno español, porque las sentencias que se emitieron con respecto a las medidas que se adoptaban eran echadas judicialmente para atrás, diciéndonos que no eran las necesarias o eran insuficientes, una opinión que no compartió el Ejecutivo de Sánchez.

### **En Euskadi aprobaron una ley antipandemia propia. ¿Sirvió para paliar la falta de cobertura legal en la comunidad vasca?**

Ese era el objeto; porque ante la acusación de la oposición de que la ley nacía muerta, defendíamos su necesidad viendo que con la pandemia aún presente tendríamos más herramientas que sustentaran las medidas que teníamos que adoptar.

### **Tras año y medio de tiempos revueltos en el cargo, ¿diría que el Interterritorial de Sanidad funciona razonablemente bien o es manifiestamente mejorable? ¿Es un foro idóneo para tomar decisiones mancomunadas y buscar soluciones efectivas?**

El interterritorial es un foro de encuentro entre las consejeras/os con responsabilidad de salud de cada comunidad, pero debiera ser un foro de contraste, de discusión y de toma de decisiones políticas basadas en criterios técnicos, porque todos disponemos de equipos científicos y técnicos en los que basar nuestras propuestas, decisiones y medidas de salud. El Consejo Interterritorial debiera ser eso, el ámbito donde las decisiones y criterios técnico-científicos fueran prioritarios. Pero en muchas ocasiones las decisiones que se toman son exclusivamente de carácter político, y creo que el Consejo Interterritorial podría tener otro papel. En cualquier caso, la competencia en Salud la tiene el Gobierno vasco, por lo que quien debe tener las herramientas científicas para tomar decisiones es el Ejecutivo vasco.

### **Cuando creíamos tener todas las respuestas, de repente, nos cambiaron todas las preguntas. Caminábamos confiados hacia el 90 por ciento de vacunados y resulta que las variantes víricas nos plantean retornar a la casilla de salida. ¿Nos volverá a coger el toro? ¿O ahora se sabe lo que hay que hacer?**

Me gustaría matizar que no creo que nos devuelva a la casilla de salida. El avance de la vacuna ha sido una excelente noticia, se ha demostrado la efectividad de la vacunación, no solo ante el contagio, sino también en cuanto a la sintomatología de las personas contagiadas; es lo que debemos poner en valor. Quizá puedan aparecer variantes que escapen de la inmunidad generada por estas vacunas, como pasa con cualquier virus, por ejemplo, de la gripe, pero cada año se elabora una adaptada. El avance de vacunas contra la COVID ha sido rápido, ejemplo de capacidad del sistema de investigación de las farmacéuticas para desarrollar soluciones que en otras circunstancias llevarían más tiempo. Ahora de-

bemos de avanzar en la investigación de nuevas variantes y en fórmulas conocidas incidir o buscar en la creación de otras. Y debemos recordar que el número de contagios es el que determina la mayor probabilidad de aparición de mutaciones del virus que escapen a la protección de las vacunas actuales, por lo que las medidas higiénicas evitando contagios reducen la probabilidad de aparición de nuevas cepas y la hipotética necesidad de nuevas vacunas.

### **“Muchos aplausos, pero pocos contratos”, me decía una joven sanitaria. Al parecer los países con Sanidad pública potente y con AP bien dotada son quienes mejor han encarado la crisis. ¿Aprendemos aquí de la crisis? ¿O la AP seguirá**

### **siendo el patito feo medio olvidado de los presupuestos?**

Quiero aclarar que esto no es aplicable en Euskadi; no tenemos más que mirar los presupuestos del Gobierno vasco, donde si algún departamento tiene una partida importante es el de Salud, con un aumento este año por encima de los 200 millones en el ámbito sanitario. Si precisamente en Euskadi se ha podido sobrellevar la pandemia, desde el punto de vista sanitario, ha sido porque tenemos un sistema público de salud potente y consolidado, incluso también en la parte privada. Osakidetza tiene por encima de 12.000 contratos más, vinculados con la situación que se vivió y sigue viviéndose. No puede decirse que en Euskadi hay pocos contratos y que se invierte poco en salud. También se lo pueden preguntar a los profesionales que, desde otros destinos del Estado, han acudido

a nuestras ofertas de trabajo para incorporarse a los equipos del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

### **Ahora ya hay mascarillas, gel alcohólico, respiradores,**

### **protocolos de seguridad, vacunas... ¿Se está aprendiendo que vale más prevenir que curar o repetiremos tropiezo en la próxima piedra/pandemia, que seguro llegará?**

Está en manos de cada uno de nosotros. Porque conocemos cuáles son las medidas básicas frente a la pandemia, que son sencillas de adoptar y están resultando las más eficientes; sabemos cómo protegernos de contagios. Insisto, uso de mascarillas, limpieza de manos, ventilación, no aglomeraciones... son las herramientas para hacer frente al virus; cada uno debe aportar lo que nos confiere seguridad, individual y colectivamente. No es un ejercicio solo de preocupación personal, sino de solidaridad con nuestro entorno, con los cercanos y no tan cercanos.



## ENTREVISTA Gotzone Sagardui

**La pandemia trastoca todo, pero la necesidad sanitaria sigue ahí. Por ejemplo, ¿cómo está afectando a los protocolos de vacunación infantil, a los pacientes crónicos, a los cribados de cánceres, a las intervenciones quirúrgicas...?**

No cabe duda de que la pandemia ha tensionado los sistemas de salud, el nuestro entre ellos. Pero Osakidetza ha seguido atendiendo todo lo urgente, no ha habido una desatención a la ciudadanía en ningún momento. Hemos dado prioridad a otras cosas; los calendarios vacunales se cumplen en Euskadi, las intervenciones graves se han realizado y cuando hemos tenido que posponer algo, en cuanto las circunstancias lo han permitido hemos reincorporado los equipos para volver a recuperar ese tiempo de retraso que podríamos llevar. En eso estamos todos

a una, desde la consejera hasta la dirección de Osakidetza y los profesionales. Sabemos lo importante que es mantener los cribados preventivos, también que mantengamos las visitas pautadas de pacientes con patologías crónicas tratando de utilizar otros medios, ya que no se podía mantener la presencialidad como estábamos acostumbrados. Para ello, como otros Servicios de Salud, usamos la conectividad telefónica que ha sido un elemento importantísimo en los momentos más graves de la pandemia.

**Muchos sanitarios dicen que hay un notable retraso y descenso en el número de cribados de diversas enfermedades y que lo pagaremos caro dentro de un par de años con una incidencia galopante de esas patologías. ¿Es así? ¿se podría evitar?**

No lo podemos saber ahora. ¡Sí que habrá alguna consecuencia! Aunque tendremos que esperar tiempo para saber en qué medida. Ahora intentamos mantener todo lo posible en función de la evolución de la

pandemia y recuperar aquello que en un momento dado no hayamos podido abordar; los cribados pueden ser uno de ellos. De hecho, hemos recuperado todos los cribados del programa de Osakidetza e incrementado su velocidad, porque son las herramientas idóneas de salud general.

**Usted es consejera de Sanidad, de la pública y de la privada. ¿Cómo cree que ha sido y es en su comunidad vasca la relación entre ambas: competitiva, colaborativa, complementaria...?**

Muy colaborativa. Es una de las características sanitarias en Euskadi: la complementariedad de la Sanidad pública y la privada; el sistema es robusto y cohesionado. Llevan conviviendo y colaborando durante mucho tiempo. En la primera ola de la pandemia ya se demostró la imperiosa necesidad de colaboración entre ellas y la labor fue encomiable. También es verdad que no es fruto de un día y seguimos manteniendo una excelente relación. Quizá también por esto, en Euskadi la pandemia no ha supuesto quiebra de confianza ciudadana en la Sanidad pública.

**Se habla de la necesidad de una tercera dosis, ¿o es pronto para saberlo?**

Es pronto para saberlo, se está investigando al respecto. No hay evidencias científicas. Algunos países han iniciado el proceso, pero hay que ver cómo se encuentra ese país y el Estado. Veremos cual es el grado de inmunidad y su tiempo de duración efectiva. Pero eso requiere más investigación y del transcurso del tiempo. Seguramente se convenga para las personas inmunosuprimidas, aunque, por ahora, no para la población general sana.

**Algunos ciudadanos se posicionan como antivacunas por motivos variados, pero**

**los resultados son similares: focos de infección. ¿Se podría obligar a vacunar? ¿se les atenderá si requieren hospitalización?**

La vocación del departamento de Salud es cuidar de la salud de todos los ciudadanos en Euskadi; cualquier persona que requiera nuestros servicios será atendida. La decisión de vacunarse es individual; no podemos obligar. Nosotros lo que sí hacemos es insistir y recordar los beneficios que tiene la inoculación; hay que ser persuasivos en que la vacunación es eficaz contrastando los resultados entre las personas vacunadas y las que no lo están. Por supuesto, mantenemos las puertas abiertas a aquellas personas que al principio dijeron que no, pero luego decidieron vacunarse. Todos quienes precisen en Euskadi una vacuna, la recibirán.

**Visto el éxito de la mascarilla ante la gripe y otras patologías respiratorias, ¿abogaríamos por mantener su obligatoriedad en interiores e incluso incrementarla en exteriores?**

Las mascarillas se han comprobado como una herramienta útil para frenar la expansión de la pandemia y mantenernos protegidos ante un posible contagio. De ello podemos aprender, porque vendrán nuevos usos y costumbres que colaboren en la no propagación de otras enfermedades transmisibles por las vías respiratorias.

**La mayoría decimos pandemia, pero son muchos los que proponen hablar de sin-demia o pandemia sanitaria sumada a pandemia económica más pandemia estructural. ¿Cree usted que de ahora en adelante este término describirá mejor lo que estamos viviendo/sufriendo?**

Quisiera que con el termino pandemia fuéramos conscientes ya de la situación que estamos viviendo y del tiempo que llevamos en esta circunstancia; Que fuéramos conscientes no solo ya de lo que ocurre en nuestro terruño, sino en todo



el entorno, Europa, América, Asia, África. Nos tenemos que centrar en tratar de entender y de concienciarnos de cuál es la situación; también de cuál es la situación privilegiada en nuestro territorio al tener acceso a la Sanidad en el momento en el que la necesitamos; ahora, para poner más en valor estas vacunas que nos están inoculando tenemos que añadir el plus de contribuir con nuestra responsabilidad personal a frenar el virus, que pasa por cumplir con las medidas establecidas por las autoridades sanitarias.

**Descapitalización humana del SNS. Nuestros estudiantes de ciencias sanitarias al parecer están muy bien preparados por-**

### **Nos gustaría poder contratar más profesiones, pero faltan médicos de AP y pediatras, entre otros**

**que les llueven ofertas laborales de otros países y allá se van. ¿Acaso no se contrata, ni se les considera ni se les paga como en esos países? ¿Cómo evitar que se vayan?**

Como le he comentado, no creo que Euskadi se identifique con esa situación. En estos momentos en Euskadi hay una oferta de trabajo de calidad para los profesionales del ámbito sanitario. Si bien es cierto que nosotros también como sistema tenemos retos

como el FIR, porcentajes de interinidad a lo que la pandemia no le ha venido bien. Lograr la estabilidad es objetivo de este Gobierno, tal como lo venimos diciendo desde el inicio de la legislatura. Por otro lado,

el número de contrataciones que hacemos es alto; sin embargo, los profesionales en el mercado no son suficientes para poder cubrir todas las necesidades que se nos dan. En Atención Primaria y especialmente pediatría en AP. Eso unido a que hay más oferta que demanda, hace que los profesionales elijan unas cosas u otras, lo que dificulta la cobertura de todos los puestos. Nosotros no hemos reducido la oferta de trabajo, sino que hay 12.000 sanitarios más contratados durante la pandemia. Es cierto que en ocasiones nos gustaría reforzar los equipos con más profesionales, pero no hay.

**Leía hace poco “la Sanidad en llamas”, una dura crítica de dos sanitarios sobre la gestión de la pandemia. ¿Cree que el sistema está en llamas o solo ha sido una pequeña quemadura?**

Hablo por el sistema en Euskadi y le diría que esto no es realista. Las competencias de Sanidad la tenemos cada Comunidad y cada una hemos desarrollado un modelo de asistencia sanitaria distinto. Creo que esta pandemia se ha mostrado como una dura prueba a estos sistemas que tenemos que los ha tensionado, pero en nuestro caso se ha visto que es sólido, bien enraizado y que es capaz de responder a pruebas tan difíciles como a esta a la que se nos ha sometido y está aún zahiriendo. En los datos de contagios, pruebas diagnósticas, fallecimientos... es donde se puede ver que la respuesta del sistema sanitario de Euskadi es la adecuada. Una respuesta mucho mejor que la media europea, pero no solo comparándonos en los diagnósticos con Francia, Italia, sino también con Alemania. Hasta comparando los siempre trágicos datos de fallecimientos podemos observar que nos indican una clara fortaleza de nuestro sistema de salud ■

**La entrevista a la consejera de Salud del Gobierno vasco, Gotzone Sagardui, está realizada a finales de julio, cuando todavía la pandemia estaba en un momento álgido**





Crónica sanitaria:  
el  
**verano**  
de la  
**vacunación**  
**COVID -19**

Texto  Eva Fariña



**Más allá de la disputa por los porcentajes, lo cierto es que la Sanidad pública española ha superado el reto de vacunar a una amplia mayoría de la población antes de finalizar el verano de 2021. Este gran hito ha sido protagonista, incluso, en diversos medios de comunicación internacionales.**

El verano de 2021 pasará a la historia por ser el de la vacunación masiva de la población española contra la COVID-19. La Sanidad pública y sus profesionales han mostrado todo su potencial, en coordinación con las autoridades sanitarias, el personal administrativo y el resto de los profesionales del sistema sociosanitario.

El proceso ha comenzado con las negociaciones de la Unión Europea con las compañías farmacéuticas. Posteriormente, el Gobierno central se ha encargado de la recepción y distribución de las vacunas en todas las comunidades autónomas. El tercer escalón ha sido la inoculación progresiva de la población española según los criterios aprobados en el Consejo Interterritorial.

Cuando España ha superado el 70 por ciento de la población con la pauta completa de la vacuna, la ministra de Sanidad ha resumido la situación: “Compromiso cumplido”. Carolina Darias ha comentado que se trata de “un éxito de todos”. “Es el momento de dar las gracias a todas las personas que han trabajado para alcanzar este hito. Quiero hacerlo extensivo a todos los profesionales que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS)”, ha dicho.

### Jornadas maratónicas en los ‘vacunódromos’

Desde enero de 2021 se han organizado sesiones de vacunación en función de las dosis disponibles. Finalmente, los ‘vacunódromos’, es decir, los grandes recintos, sobre todo, deportivos, han podido ‘medicalizarse’ para cumplir maratónicas jornadas de vacunación. Una vez más, el per-

sonal sanitario ha sabido adaptarse a las circunstancias.

Respecto a la administración de la vacuna, todavía hay flecos pendientes. Durante este verano se ha acordado administrar una tercera dosis o dosis de refuerzo solo a personas con algún tipo de inmunodepresión “sin excepción”.

Así, a principios de septiembre la Comisión de Salud Pública ha aprobado administrar una dosis adicional de la vacuna de la COVID-19 a personas con trasplante de órgano sólido, los receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos y las personas en tratamiento con fármacos anti-CD20. Las comunidades autónomas han empezado a vacunar a estas personas de riesgo a mediados de septiembre.

En cuanto al resto de la población, cada vez se escuchan más voces partidarias de destinar vacunas a países que todavía tienen a una gran parte de su población sin la primera dosis, antes de poner la tercera en los países más desarrollados. Una de las entidades que ha defendido esta idea ha sido la Agencia Europea del Medicamento (EMA). En concreto, Marco Cavalieri, responsable de la Estrategia de Vacunas y Amenazas Biológicas para la Salud de la EMA, ha definido como prioridad “vacunar completamente a tantas personas como sea posible”.

En el inicio del verano se ha producido una nueva ola de coronavirus, que algunos han achacado a las excursiones de fin de curso de los estudiantes, al ocio nocturno y, en general, al levantamiento de ciertas restric-

### La ola del verano

ciones. Lo cierto es que la incidencia y las cifras de hospitalización han vuelto a subir a principios de julio. Hasta finales de agosto no se han registrado datos más positivos. En todo caso, y gracias a la vacunación, las cifras de afectados graves han sido considerablemente inferiores respecto a las anteriores olas.

**Pacientes con diabetes**

Aparte de la COVID-19, una de las noticias que ha dejado el verano de 2021 ha sido de especial interés para más de 23.000 personas con diabetes mellitus tipo 1 que podrán beneficiarse de los nuevos dispositivos de monitorización continua de glucosa en tiempo real. El Ministerio de Sanidad ha anunciado que el SNS ha ampliado la financiación pública de estos sistemas de medición.

### Líderes mundiales en donación, incluso en pandemia

Los criterios para la financiación de los sistemas de monitorización MCG-TR incluyen a los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y riesgo de hipoglucemias graves que requieren terapia intensiva con insulina y realizan al menos seis punciones digitales al día.

España sigue siendo líder mundial en donación de órganos incluso durante la pandemia por COVID-19. En general, la actividad de donación y trasplante ha sufrido un descenso en la mayoría de los países del mundo durante 2020. Estas han sido algunas conclusiones extraídas del informe del Registro Mundial de Trasplantes que gestiona la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

### En España se han registrado durante 2020 un total de 1.777 donantes fallecidos y 270 donantes vivos. Estas donaciones han per-

mitido realizar 4.427 trasplantes. En total, se han efectuado 2.702 trasplantes renales, 1.034 hepáticos, 278 cardíacos, 336 pulmonares, 73 de páncreas y cuatro intestinales.

A pesar de la crisis sanitaria, España se ha mantenido en 2020, y ya son 29 años de manera consecutiva, como líder mundial en donación, con una tasa de 38 donantes por millón de población.

## España sigue siendo líder mundial en donación de órganos incluso durante la pandemia por COVID-19

El Ministerio de Sanidad ha explicado que la disminución en la actividad se ha debido a las circunstancias de la pandemia. En concreto, se ha referido al colapso de los sistemas sanitarios y la saturación de las unidades de cuidados intensivos.

“La incertidumbre sobre el impacto de la infección en el paciente trasplantado al comienzo de la pandemia también

explica esta disminución por una reticencia inicial a trasplantar en un entorno de

transmisión comunitaria sostenida. La disminución global de la actividad se ha producido, sobre todo, durante la primera ola de la COVID-19, con una posterior recuperación de los programas en la mayoría de los países”.

### Impacto de la COVID-19 en la salud mental

En cuanto al abordaje del impacto de la COVID-19 en la salud mental, Carolina Darias ha defendido ante sus homólogos europeos la Estrategia Española de Salud Mental 2021-2026. Este documento se ha





elaborado con la participación de las sociedades científicas y de las asociaciones de pacientes. Según la ministra de Sanidad, el impacto de la COVID-19 en la salud mental deja una lección fundamental, “la necesidad de actualizar herramientas para responder, desde un enfoque interseccional y de salud pública, a los retos actuales”.

En este sentido, la Estrategia pretende ser una referencia en la mejora de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, desde la equidad y la sostenibilidad. Así, la Estrategia indica la necesidad de buscar un nuevo enfoque basado en los derechos de la ciudadanía.

También considera necesarias la integración social, la lucha contra el estigma, la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. De una forma especial se refiere a la perspectiva de género y la recuperación de la persona.

Entre los puntos clave de la Estrategia, Darias ha destacado la visión transversal, desde el reconocimiento de los derechos de las personas con problemas de salud mental. También se ha referido a la prevención, la detección precoz y la atención a las personas con conducta suicida. Para conseguir estos objetivos, según ha dicho, es necesario mejorar las capacidades de los sanitarios y la coordinación entre recursos y niveles asistenciales.

### Últimos trámites para la aprobación de la eutanasia

En el tercer trimestre del año también se han realizado los últimos trámites para la aprobación de la eutanasia en España. Así, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas han aprobado en el seno del

Consejo Interterritorial el Manual de Buenas Prácticas de la Eutanasia.

Desde el pasado mes de junio está en vigor la Ley Orgánica para la regulación de la Eutanasia, aprobada en marzo de 2021 en el Congreso de los Diputados. Dicha normativa establece que esta práctica se podrá llevar a cabo a pacientes que los soliciten y que se encuentren en un contexto de padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable.

La Ley Orgánica establece la necesidad de crear un protocolo de valoración de la discapacidad, así como el mencionado Manual de Buenas Prácticas. Esta guía, según ha explicado la ministra

de Sanidad, recoge un conjunto de recomendaciones sobre los medicamentos empleados por el equipo asistencial para realizar esta prestación.

Por su parte, el protocolo para la valoración de la incapacidad de hecho para la eutanasia establece el procedimiento que deben seguir los médicos en situaciones en las que el paciente no se encuentre en uso de sus facultades y no pueda realizar las solicitudes necesarias.

### Cambios en RR. HH.

La pandemia provocada por la COVID-19 ha supuesto también una serie de cambios en el ámbito de los recursos humanos (RR. HH.) del Sistema Nacional de Salud. La tendencia generalizada ha sido la de reforzar la Sanidad pública, en previsión de posibles futuras olas provocadas por el coronavirus.

Se ha observado un incremento de las plantillas durante el último año y medio

provocado por la pandemia. En general, las comunidades autónomas han anunciado su intención de mantener a ese personal y, en la medida de sus posibilidades, intentar estabilizar las condiciones laborales de las plantillas.

El Ministerio de Sanidad ha informado de que el SNS cuenta con 7.207 nuevos especialistas en Ciencias de la Salud, tras terminar su formación en el primer semestre del año. Este personal refuerza “las necesidades que tiene el Sistema y garantiza las necesidades de atención de los ciudadanos”, según ha indicado el departamento que dirige Carolina Darias.

Del total, un 69 por ciento (4.958) de las especialistas han sido mujeres, frente a los 2.249 hombres. Esto ha supuesto la incorporación de 15,2 nuevos especialistas por cada 100.000 habitantes, según los datos facilitados por el Ministerio. Por titulación, Medicina ha sido la que más profesionales ha incorporado (5.744), seguida de Enfermería (1.028), Farmacia (230), Psicología (124), Biología (35), Física (32) y Química (14).

En cuanto a las especialidades, Medicina Familiar y Comunitaria ha sido la que más especialistas ha sumado (1.579). Le han seguido Pediatría y áreas específicas (384) y Enfermería obstétrico-ginecológica (367).

Por comunidades autónomas, y en relación con la población, Madrid ha sido la comunidad que ha formado más especialistas (20,2 por cada 100.000 habitantes), seguida de Navarra (19,4) y Aragón (18,3).

### Examen MIR de 2022

También este verano se ha conocido el proceso de elección de plazas de Formación Sanitaria Especializada para 2022. El Foro de las Profesiones se ha reunido con representantes de la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad para acordar las fechas de la próxima convocatoria. El día elegido para el examen MIR de 2022 ha sido el 29 de enero. En



esta convocatoria se ofertarán 10.634 plazas de futuros especialistas, lo que supone un aumento del 3,8 por ciento con respecto a las de 2021.

Otro cambio será en el número de preguntas. El Ministerio ha anunciado que pasará de 175 a 200, más las 10 de reserva. De las cuatro opciones de respuesta, solo una es correcta. Este cambio trata de disminuir los empates. Por este motivo, el tiempo de la prueba pasa de cuatro horas a cuatro horas y media. La tasa de examen se mantiene en 30,79 euros.

### **Proceso de elección de plazas telemático**

A pesar de las quejas por la forma de elegir plaza, Sanidad ha confirmado que se mantiene el proceso telemático. Así, el proceso de elección de plazas será exclusivamente telemático en todas las fases, excepto en aspirantes extracomunitarios. En este caso, al no tener el DNI electrónico, los so-

licitantes tendrán que hacer el primer trámite por escrito. Esta decisión ha vuelto a levantar las críticas del sindicato CESM. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos ha pedido al Ministerio que modifique la elección telemática en tiempo real.

Por otro lado, el proceso de elección de plazas comenzará en marzo. La incorporación de los futuros especialistas está prevista para finales de mayo de 2022.

### **Número de plazas MIR**

Respecto a las especialidades, CESM ha informado de que habrá un aumento cuantitativo de plazas en Cirugía Vasculardel 19 por ciento, un descenso en Inmunología del 9 por ciento y una reducción en Cirugía de Tórax de un 4 por ciento. También habrá 2.334 plazas disponibles para Medicina Familiar y Comunitaria.

Otra novedad será la incorporación de ocho plazas en el sistema formativo de residen-

cia de la especialidad de Medicina Legal y Forense, que va a ser necesaria para el acceso al Cuerpo de Forenses.

En cuanto a la nueva especialidad de Psiquiatría Infantil, todavía no habrá convocatoria de plazas. Por su parte, Psiquiatría pasará a ser de cinco años de duración, igual que Psiquiatría Infantil cuando se dispongan las plazas.

Además, se mantendrá la reserva del 7 por ciento de plazas para personas con discapacidad superior al 33 por ciento; en total, serán 744 plazas. El cupo actual para extracomunitarios sin permiso de residencia o trabajo es de hasta 328 plazas en Medicina (4 por ciento), 36 para Enfermería (2 por ciento) y 9 para Farmacia (3 por ciento).

### **Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**

A principios de agosto el Gobierno central ha aprobado la creación del título de espe-



cialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. El objetivo ha sido “promover la detección e intervención temprana de trastornos mentales y del neurodesarrollo, incluidos los trastornos adictivos en la niñas, niños y adolescentes”, en palabras del Ministerio de Sanidad.

Sin duda, como el Gobierno ha recalado, la crisis del coronavirus ha acelerado los trámites para aprobar esta especialidad. La ‘ola de salud mental’ que los expertos ya han detectado en las consultas necesitará el refuerzo de especialistas en niños y jóvenes.

Otro de los objetivos que ha promovido esta aprobación ha sido “optimizar el uso de psicofármacos, así como potenciar el uso de técnicas terapéuticas no farmacológicas”.

La aprobación de la especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia también es una de las recomendaciones del Plan Integral de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La estrategia de la OMS ha planteado la necesidad de desarrollar el papel de los recursos humanos, así como reforzar las competencias del personal sanitario, tanto general como especializado.

Según ha avanzado el Ministerio, la formación de los nuevos especialistas se realizará en las unidades docentes multiprofesionales de salud mental. El siguiente paso es elaborar los nuevos programas formativos de estas dos especialidades. Al mismo tiempo, se están creando sendos órganos asesores: por una parte, la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia; por otra, una Comisión Delegada de Psiquiatría del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

### MIR, modelo de éxito

En relación con el sistema MIR, durante el verano de 2021 ha sido tema de debate la intención de Cataluña de asumir las com-

petencias en temas de formación de los médicos internos residentes. En este punto, el Foro de la Profesión Médica ha manifestado su “absoluto rechazo”, puesto que “se pondría fin a un modelo de éxito durante décadas”.

Cabe recordar que en el Foro de la Profesión Médica están representados el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina (CNDFM) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM).

### Cambios en la jubilación de los médicos

En el ámbito profesional también se ha conocido durante este verano un interesante estudio de la jubilación médica, realizado por el Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada, liderado por Vicente Matas. En este trabajo se ha observado que un médico jubilado puede percibir hasta 5.659,12 euros menos al año de pensión debido a su tipo de cotización. “Una profesión con tantas exigencias, dedicación y responsabilidad necesita un tratamiento más justo”, ha defendido Matas.

Un médico cotiza en España por el tipo máximo en el régimen general para el grupo 1, correspondiente a los licenciados. Para el año 2021 esta cantidad es de 4.070,10 euros/mes. Así, en este año un facultativo que acceda a la jubilación ordinaria por edad, si cumple todos los requisitos, ha cotizado más de 36 años. Del total, en los últimos 24 años ha cotizado por el tope máximo.

Por tanto, le correspondería una pensión de jubilación de 3.111,07 euros brutos al mes, en 14 pagas, con un total de 43.554,98 euros brutos/año. Con el tope máximo, la pensión que percibirá será de 2.707,49 euros brutos mensuales en 14 pagas, es decir, 37.904,86 euros brutos anuales.

Según el mes en el que se produce la jubilación, pueden producirse algunas diferencias en los cálculos individuales. Teniendo en cuenta que la retención aproximada es del 20 por ciento, el importe neto se queda en unos 2.166 euros/mes.

“Los médicos y todos los trabajadores que perciben sueldos por encima de la base de cotización máxima sufren importantes pérdidas retributivas con la jubilación”, ha lamentado Vicente Matas.

Tras analizar las cifras barajadas, el informe ha solicitado “un factor corrector” para ajustar la pensión de jubilación a las circunstancias de un profesional médico. Además, también ha pedido “flexibilidad” en los plazos. Así, ha apuntado la posibilidad de tener “una jubilación voluntaria entre los 60 y 70 años, al igual que los funcionarios, y sin tanto recorte”.

### Menos temporalidad en el sector público

Precisamente con el objetivo de mejorar la estabilidad laboral, el Gobierno central ha aprobado el Real Decreto de medidas urgentes para reducir la temporalidad en el sector público. Gracias al acuerdo sellado con las plataformas sindicales, más de 300.000 plazas estructurales ocupadas por interinos se convertirán en fijas. Deberá ser antes del 31 de diciembre de 2024 como fecha límite improrrogable.

Las medidas afectarán a todas las plazas de carácter estructural, dotadas presupuestariamente, ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente al menos en los tres años anteriores a 31 de diciembre de 2020. En concreto, se refiere a aquellas que no se hayan visto incluidas en los procesos de estabilización previstos en los acuerdos para la mejora del empleo público de los años 2017 y 2018 ■

Este reportaje incluye la crónica de la actualidad sanitaria en los meses de verano. De julio a la primera quincena de septiembre.

# Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

[www.juegaterapia.org](http://www.juegaterapia.org)  
#BabyPelonesJT



De venta en  
El Corte Inglés,  
Juguettos  
Toys R'Us  
y Amazon.es.





La educación  
sanitaria  
es  
clave  
para una buena  
prevención

Rafael Ortí

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

Texto Clara Simón Vázquez

Foto SEMPSPH



Fruto de la pandemia del COVID-19, la Salud Pública ha cobrado protagonismo. El presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Rafael Ortí, explica a EL MÉDICO la importancia de la prevención en el cuidado de la población

**¿Cuál ha sido y es el papel de su sociedad en la pandemia?**

Sobre todo, estamos centrados en los hospitales, pero también los que trabajan en áreas de Salud Pública. Siempre hemos estado dedicados en la prevención de enfermedades, pero vamos a centrarnos en la parte de transmisibles. La especialidad se constituyó a final del año 80 pensando en cubrir problemas de los centros sanitarios, no la vigilancia, la prevención y el control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Luego se amplía al ámbito de Salud Pública y a todas las enfermedades transmisibles. Llega la era COVID-19, de una pandemia que estamos pasando todavía, y nos sitúa como las personas más capacitadas para responder a ella; desde la detección de anticipación a la vigilancia epidemiológica. Es un proceso clave en estas situaciones.

**¿Han participado en la elaboración de documentos de consenso?**

Hemos participado en la redacción de muchísimos de los documentos que están en la página del Ministerio de Sanidad. Ahora hay muchas gráficas, muchos indicadores, mucha información en todos los sitios, pero al principio era muy distinto. Puedes consultar los documentos de diferentes actuaciones y en todos ellos aparecen la Sociedad de Preventiva.

**¿Y en el seguimiento y evolución de la pandemia?**

En el ámbito comunitario, hemos estado participando en comisiones de seguimiento de brotes y de control de los profesionales. Ahora estamos en un escenario donde todo se ha madurado. Se han consolidado los procedimientos y tenemos muy bien definidos los protocolos, con los semáforos con los niveles de riesgo y qué hacer en cada momento. Eso no acaba ahí. Creo que es una oportunidad de oro el poder trabajar sobre esta experiencia para conseguir lo que durante muchos años hemos solicitado; la creación de la Agencia Española de Salud Pública, con unas actuaciones dirigidas a evitar futuras pandemias y problemas de Salud Pública desde diferentes ámbitos donde tenemos que estar posicionados.

**¿Se debe fomentar más la prevención?**

Hay que poner énfasis en lo que siempre hemos pedido, en la prevención más que en los tratamientos. No solo en los hospitales, sino también en tener centros o servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública que puedan atender a toda la población con un número de recursos y un número de profesionales suficiente para para trabajar en todas aquellas enfermedades que afectan a la comunidad.

**¿Cómo está siendo la vacunación frente al COVID-19?**

Desde el principio hemos estado luchando por conseguir la vacuna. Desde que llegaron las

primeras hemos estado pidiendo y reclamando que se contará con nuestros especialistas para su gestión. Creemos que ha habido un cierto retraso en la aplicación o en la realización de la manera más conveniente de los procesos de vacunación. De la misma manera que hemos aprendido con la vigilancia epidemiológica, la propia vacunación es una medida más de control que ha ido mejorando.

**El contexto que estamos viviendo, ¿está generando confianza en la prevención?**

Tenemos que aprovechar esta situación para consolidar los servicios de los centros de vacunación en hospitales y la relación con Primaria. Es algo que si aprendemos bien y somos capaces de darle el valor tiene que generar esa confianza en los especialistas de Medicina Preventiva y de Salud Pública para llevar a cabo estas funciones, pues va a mejorar mucho la salud de la población en otros ámbitos donde había ciertas amenazas, como, por ejemplo, el posicionamiento antivacunas o algunas dudas de educación sanitaria.

**¿Qué otras medidas han llegado para quedarse: mascarilla, distancia social...?**

Todo esto es un proceso de principio y final. No es la primera pandemia que se ha producido en la historia. Sabemos que, por ejemplo, en la gripe del 18 hubo que utilizar mascarillas como ahora y había comportamientos de higiene de manos que se estaban olvidando. Cuando la inmunidad del grupo empieza a hacer su efecto, lógicamente volveremos a la normalidad. Creo que no tardaremos mucho más de 5 o 6 meses en empezar a ver cómo dejamos de aplicar el plan de medidas. También es verdad que se han visto beneficios personas con alergias al utilizar mascarillas. Se va a entender mejor que si alguien tiene una gripe, no puede ir a trabajar sin ella. Es decir, se tomarán estas precauciones.

**¿Cuáles son los objetivos de la SEMPSPH?**

Los objetivos la actual junta, que pronto cumpliremos dos años, es adecuar cambios bastante importantes a la especialidad en diferentes en diferentes aspectos. Por un lado, ganar la confianza de los socios, con medidas como abaratar costes de los congresos para poder ofrecer el acceso a conocimiento científico. Nuestra revista también aporta, favoreciendo la participación de cualquier socio a la hora de difundir sus trabajos.

### ¿Tienen alguna actividad específica para los médicos en formación?

Potenciamos el valor de los residentes que se están incorporando en los últimos años. Trabajamos con ARES, la asociación de residentes, porque queremos hacerles fácil la pertenencia a la sociedad y la participación en los congresos. Queremos darles una visión global y además ir acompañados para no perder las sinergias con otras sociedades, con las cuales hemos intentado que haya objetivos comunes. Queremos buscar una integración con todas las sociedades autonómicas. Para eso, hemos abierto las puertas para que las cuotas sirvan tanto para la autonómica como para nacional, que tengan acceso a la misma web donde podamos compartir documentos.

### ¿Qué papel tiene la formación en sus objetivos?

En estos momentos una de las claves de la formación es la actualización del programa de la especialidad de la Comisión Nacional de la Especialidad. Yo formo parte de ella, al igual que nuestra vicepresidenta. Llevamos cerca de dos años trabajando en un nuevo programa de la especialidad. Tras caer la troncalidad, hemos seguido trabajando, aprovechando lo bueno que tenía, para ver competencias y habilidades.

Valorando hacer una formación más práctica, más basada en el aprendizaje, junto a otros profesionales.

### ¿En qué áreas quieren trabajar?

No estábamos tan posicionados, por ejemplo, en calidad y seguridad del paciente, competencias que habitualmente se trabajaban por parte de los preventivistas, pero no teníamos un reflejo claro en el programa de la especialidad. Otro aspecto que se votó, que se aprobó en la Comisión Nacional y que el Ministerio lo aceptó, es el cambio de denominación de la especialidad. Ahora somos Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Lo que propusimos y aprobamos por mayoría en votación es ser Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria.

### ¿Por qué incluir Gestión Sanitaria?

Por ejemplo, en Italia, para ser director de hospital hay que ser preventivista. Aquí, muchos de los gestores son de formación preventivistas.

### ¿Qué participación tienen en las campañas de prevención diseñadas desde la Administración?

Al principio de la pandemia sí que estuvimos presentes en muchos documentos del Ministerio, porque nosotros teníamos mucho avanzado. En estos momentos, probablemente, ha habido una cierta politización. Por ejemplo, en la comisión interterritorial para tomar decisiones sobre vacunas hemos visto que tiene una parte lógicamente de base científica, pero han tenido una parte importante también de politización y de presión económica.

### ¿Qué peso puede tener una sociedad científica en esas campañas?

Nosotros, como sociedad científica, tenemos nuestras iniciativas, pero no vamos todos de la mano. No es porque no queramos, sino porque nosotros no estamos en todas las campañas. Cuando nos han pedido que colaboráramos, lo hemos hecho, pero podríamos hacer bastante más en ese respaldo a las campañas. Es una forma de refuerzo de los mensajes preventivos. Creo que la gente cuando ve que la información viene de un profesional o de las sociedades científicas espera más que cuando viene del ámbito de la Administración o del político.

### ¿Con qué sociedades tienen más relación y trabajo en conjunto?

Además de con todas las sociedades autonómicas, sobre todo la valenciana y la andaluza, que están ya federadas, este año hemos trabajado con ARES. También con otras sociedades de otros ámbitos hemos tenido participación. Por ejemplo, con la Sociedad Española de Sanidad Ambiental, con los que pudimos participar en un do-

**Estamos dejando de atender lo más básico y lo más barato, que es la prevención de la enfermedad en la población general**





cumento para la preparación de los hospitales militarizados.

**¿Y en asuntos no relativos a la COVID-19?**

Hemos trabajado en temas de legionelosis, en problemas ambientales en los centros sanitarios y en hacer recomendaciones para mejorar la calidad del aire. Otra de nuestra área de actuación es el uso de equipos de desinfección y de renovación del aire utilizando de diversas tecnologías.

**¿Cómo ha sido la colaboración en la pandemia?**

Pensamos que no es el momento de desperdiciar muchos tipos de especialistas, sino, como hemos visto en la pandemia, contar con profesionales más polivalentes que puedan ayudar en todos los ámbitos. Es importante que estén los internistas para ofrecer una visión más humanizada y holística de la persona, que puedan contar con el apoyo de la súper especialización. Hemos tenido reuniones con Pediatría, que tenía que estar en todo el proceso de la organización de la pandemia. Estuvimos colaborando en algunas reuniones con la Medicina Familiar, pues es fundamental, sobre todo porque consideramos que la Medicina se traslade cerca de las casas, que sea más humanizada, más de familia y que solo se acuda al hospital cuando sea imprescindible. Hay que acercar la Sanidad a la gente y no la gente a los hospitales. En ese sentido, hemos estado trabajando en estas ideas en los congresos nacionales COVID-19, tanto en el primero como en el segundo. Hemos participado activamente en los dos.

**¿Qué papel tiene FACME en esa colaboración entre especialidades?**

Perfecta, hemos estado hablando con ellos continuamente. A través del grupo de vacunas hemos participado en distintos as-

pectos relativos a la prevención en diferentes actividades, como es el documento que ha sacado FACME sobre la tercera dosis, al igual que en los demás.

**¿Se conoce la labor que hace la especialidad de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene?**

Hace dos años y medio teníamos que explicar continuamente en qué consistía nuestra especialidad. Ahora se ha visto que tenemos la capacidad de detectar un problema y de aplicar medidas preventivas. Evaluar la situación y proponer medidas correctoras. Esto es lo que hacemos, pero la gente no lo conocía. La COVID-19 ha hecho que se entienda un poco lo que es nuestra sociedad. Ha sido un éxito por parte nuestra, pero es muy duro tener que pasar una pandemia para que se nos vea.

**¿Qué se puede hacer para mejorar la cobertura de vacunación de gripe en personal sanitario ?**

Es un clásico. Durante mucho tiempo hemos tenido dificultad para conseguir que algunos compañeros se vacunen. Hasta en casa (en el hospital) tenemos dificultad para que los sanitarios vengan a nuestros servicios de vacunas. Necesitamos hacer una demostración más práctica, y ahora estamos viendo cómo las vacunas están salvando muchas vidas. Vamos a estudiarlo y vamos a ver cuál es el impacto de la vacunación, pues estamos seguros de que va a mejorar muchísimo hablar de sus logros.

**¿Qué piensa sobre la vacunación de la gripe en altas hospitalarias de personal de riesgo?**

Hoy día estamos vacunando a personas que están en grupos de riesgo. Ahí somos los referentes, pero no perdemos ninguna

oportunidad para ampliarlo a la población familiar que viene acompañando a esos pacientes. Si cumple los criterios por la enfermedad de base, sí podemos los vacunamos.

**¿Qué se puede hacer para favorecer que la vacunación de gripe en mayores de 65 años sea la que define la OMS del 75 por ciento?**

La cuestión clave es la educación sanitaria. Si no conseguimos que, desde pequeños, en los colegios, los niños entiendan que antes de comer se deben lavar las manos, que, si están resfriados, igual no deben de ir al cole o ir con la mascarilla, y que la vacunación es una medida preventiva que salva miles de vidas todos los años, pues no vamos a ningún lado. Esa educación sanitaria en los colegios es fundamental. De igual manera, es fundamental que haya campañas de promoción y un apoyo institucional de la administración sanitaria y no sanitaria para mejorar las coberturas vacunales. Muchas de las muertes anuales por gripe son evitables. Estamos dejando de atender lo más básico y lo más barato, que es la prevención de la enfermedad en la población general.

**¿Cómo valora la administración conjunta de la vacuna de la COVID-19 y la gripe?**

Estamos vacunando desde siempre en indicaciones específicas. Ahora lo único que añadiremos es una vacuna más al calendario vacunación habitual. Tenemos que ver los resultados de los estudios que se están haciendo y si hay alguna variante nueva que pudiera obligarnos a tomar decisiones ■

**Hace dos años y medio teníamos que explicar continuamente en qué consistía nuestra especialidad**

Sección elaborada en colaboración con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas





# ¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en  
**Lyceum**

**Lyceum** nace para ser la plataforma de referencia en formación médica continuada, con acceso a más de 1000 obras de carácter médico-científico, más de 500 congresos, cursos de formación y apps disponibles para el **profesional sanitario**.

**Lyceum**

[www.lyceum.es](http://www.lyceum.es)



**saned.**

GRUPO

[www.gruposaned.com](http://www.gruposaned.com)



Los  
gestores sanitarios  
afrontan la  
**reforma**  
del  
**SNS**  
postpandemia

Los gestores sanitarios afrontan la reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) tras la pandemia provocada por la COVID-19. Para tratar estos cambios, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) han organizado en Málaga su 22 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria.

Texto J Eva Fariña

Fotos J EF/SEDISA



El lema elegido para el 22 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria ha sido 'Salud 4.0: El nuevo ecosistema'. Entre los temas abordados han destacado la transformación digital del SNS, la falta de 'batas blancas' en los puestos directivos y gestores de los hospitales o la necesidad de profesionalización del sector.

SEDISA ha reclamado a las autoridades sanitarias "separar la política y la gestión". Así se ha manifestado José Soto, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, durante la inauguración del encuentro. Ha sido uno de los primeros congresos presenciales que se han celebrado en España en el sector sanitario desde que en febrero de 2020 se suspendieran todos los encuentros de este tipo. Con las correspondientes medidas de seguridad, los organizadores del congreso han mostrado su satisfacción por el éxito tanto de asistencia como del contenido de las mesas. Más de 3.000 asistentes presenciales y vía internet han seguido estas jornadas.

### La ministra Darías, en la inauguración

En el acto de inauguración ha intervenido Carolina Darías, ministra de Sanidad, quien en un vídeo grabado ha animado a los profesionales del sector "a seguir con el excelente trabajo que están haciendo en su día a día". "Estoy segura de que este congreso servirá para mejorar la calidad de la asistencia de los ciudadanos".

En la jornada de inauguración también ha participado Francisco Manuel de la Torre Prados, alcalde de Málaga. Asimismo, José Antonio Medina, presidente del Comité del 22 Congreso Nacional, ha hablado de los

## Entre los temas abordados destacan la transformación digital del SNS, la falta de 'batas blancas' en los puestos directivos y gestores de los hospitales o la necesidad de profesionalización del sector

de garantizar su sostenibilidad. "Nuestro compromiso es mejorar la calidad de los servicios que ofrecemos, así como evaluar nuestros resultados. Aceptamos que los responsables políticos nos evalúen y decidan nuestra continuidad, pero les pedimos que pongan a nuestra disposición las herramientas necesarias para conseguir la evolución no solo del sector, sino también de la sociedad", ha dicho el presidente de SEDISA.

"Nosotros mejoramos nuestra formación pregrado y postgrado, así como las competencias que nos exigen los pacientes, la sociedad y nuestras autoridades, pero necesitamos que nuestras autoridades también nos echen una mano".

Precisamente a estos representantes de la Administración les ha formulado diferentes peticiones. "Respeten nuestras competencias, elijan a los mejores. Nosotros nos vamos a dedicar a mejorar la calidad del sistema, aceptamos el reto de optimizar la atención al paciente y de medir los resultados".

Respecto a la pandemia, José Soto ha recordado que "los profesionales sanitarios se han dejado la piel, y, en muchas ocasiones, también la vida, al igual que nuestros directivos".

retos de organizar un encuentro como el de Málaga en el contexto de la pandemia.

Por su parte, José Soto ha pedido a las autoridades sanitarias las herramientas necesarias para mejorar el sistema sanitario, con el objetivo

Por su lado, Jesús Sanz, presidente de ANDE, ha mostrado su satisfacción por el reto conseguido de poner en marcha este congreso. "Queremos acercarnos a la realidad de nuestro sistema sanitario y también queremos acercar a los gestores, los trabajadores y los pacientes. En este encuentro analizamos las realidades de todas las CC.AA., tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, etc."

Respecto al futuro más próximo, Jesús Sanz ha puesto el protagonismo en los gestores. "Necesitaremos líderes que sepan ver el porvenir, que se esfuercen en mejorar el entorno en el que trabajan. Queremos personas que tengan clara su misión de trabajar para el ciudadano, y todos estos cambios no se pueden hacer sin la colaboración de los profesionales".

### Profesionalización y asistencia sanitaria

En su intervención, Catalina García Barroso, viceconsejera de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, se ha sumado "al agradecimiento por la labor que han hecho los profesionales en pro de la salud y

atención de todos los pacientes, en todos los rincones del sistema". "Hemos pasado por una situación única en la historia. Los gerentes han hablado de la necesidad del cambio, y no va a haber otro momento

mejor que este. Hemos visto nuestras debilidades, pero en esta situación todos se han reinventado".

Catalina García ha recogido el guante lanzado por José Soto. "Estoy de acuerdo en que tenemos que dejar trabajar a los profesionales. También soy partidaria de la profesionalización, pero debe ir al lado de la asistencia sanitaria. Debemos seguir

## José Soto, presidente de SEDISA, a los representantes de la Administración sanitaria: "Respeten nuestras competencias, elijan a los mejores"



trabajando para continuar la labor que la pandemia nos ha marcado”.

### Déficit de profesionales

En el ámbito institucional, también ha intervenido en el congreso de Málaga Juan Manuel Moreno Morilla, presidente de la Junta de Andalucía. En su intervención, ha agradecido el trabajo de los gestores y los directivos sanitarios durante la pandemia.

Por su parte, Silvia Calzón, secretaria de Estado de Sanidad del Ministerio de Sanidad, ha sido la encargada de clausurar el encuentro. Le ha acompañado en este acto oficial Jesús Aguirre, consejero de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

En su intervención, Silvia Calzón ha comentado que la pandemia “ha puesto de manifiesto el déficit de profesionales, que es la gran preocupación compartida por los servicios de salud”. Esta necesidad ha sido la causa del “esfuerzo” realizado, por segundo año consecutivo, en la orden de convocatoria de formación sanitaria especializada de Medicina, Enfermería, Biología, etc.”.

En este sentido, ha confirmado que “aumenta la oferta”, algo que tendrá que se-

guir ocurriendo, “en línea ascendente, durante los próximos años”.

### Necesaria transformación digital

La transformación digital ha ocupado un apartado especial dentro del discurso de Silvia Calzón, puesto que la considera “algo absolutamente necesario”. “Estamos trabajando en una estrategia de salud digital a nivel nacional, y ya se han dado pasos interesantes. En el Ministerio se ha creado una secretaría general propia, así como una comisión en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”, ha añadido.

En relación con la transformación digital, la secretaria de Estado de Sanidad ha comentado que “uno de los aprendizajes de esta crisis es que tenemos la necesidad imperiosa de convertir toda esa información tan inabarcable que manejamos en los sistemas sanitarios. Queremos que esos datos

reviertan en la generación de conocimiento y de inteligencia”.

En su opinión, solo de esta manera se podrán afrontar futuras crisis, y también mejorar la salud de la población. Para conseguirlo, el sistema ya dispone de instrumentos como el big data, el internet de las cosas, el data lake.

### Enorme potencial del SNS

“Por fortuna, hemos visto en los últimos meses que seremos capaces de afrontar todos estos retos. Ya tenemos ejemplos de demostraciones de un enorme potencial cuando el SNS, en su conjunto, comparte objetivos. Así lo estamos viendo a diario en el desarrollo de la campaña de vacunación frente a la COVID-19”.

Por último, Silvia Calzón ha pedido a los gestores y a los directivos sanitarios que, de una forma metafórica, “pinten de azul los hospitales”. Así, les ha dicho que los hagan “cada vez

espacios más humanos”. En este sentido, ha añadido: “Más allá de compartir el conocimiento y la gestión diaria, debemos poner todo el foco en las relaciones humanas, en las relaciones con nuestros profesionales, nuestros pacientes y sus familias”.

**Silvia Calzón, secretaria de Estado de Sanidad: “Estamos trabajando en una estrategia de salud digital a nivel nacional, y ya se han dado pasos interesantes”**

### Déficit de batas blancas

“Déficit de batas blancas” para puestos directivos y de gestión. Este ha sido uno de los lamentos de los consejeros de Sanidad que han participado en el encuentro organizado por SEDISA y ANDE. Los responsables de Sanidad de Andalucía, Galicia, Madrid, Baleares y Extremadura han hablado en Málaga de las dificultades que tienen para encontrar profesionales sanitarios que quieran asumir puestos de gestión o dirección de proyectos.



El moderador de la 'mesa de consejeros' ha sido José Soto, presidente de SEDISA, quien ha tendido una mano a los representantes políticos: "Los directivos estamos totalmente comprometidos. Ahora os pedimos ayuda para conseguir la profesionalización de la gestión sanitaria".

### Habilidades y conocimiento

El consejero de Salud y Familias de la Junta de Andalucía ha sido quien ha pronunciado la frase "déficit de batas blancas" a la hora de designar cargos gestores. "Nos cuesta mucho encontrar directivos. La idea es que la selección sea lo más objetiva posible, con transparencia. La decisión debe basarse en cuestiones como las habilidades y el conocimiento. Es necesario profesionalizar la gestión sanitaria y despolitizar su labor", ha dicho Jesús Aguirre.

Respecto a los cambios y los retos del sector, se ha mostrado optimista. "Debido a la pandemia hemos tenido que investigar e innovar más que nunca. Ha sido una gran actividad y creo que todos estos pasos que hemos dado se deben asentar y continuar en el futuro".

Entre otros aspectos 'positivos' que ha dejado la pandemia, Jesús Aguirre ha mencionado el flujo constante de información que se ha mantenido entre los profesionales sanitarios. También ha realzado la labor conjunta que han desempeñado los responsables y profesionales de la Sanidad pública y privada.

### Transformación permanente

Enrique Ruíz Escudero, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, ha hablado de la necesidad de realizar una "transformación permanente" en el sistema sanitario. Así se ha demostrado durante la crisis causada por la COVID-19. "Hemos

afrontado la situación con diversas iniciativas, como la conversión de hoteles en centros medicalizados o la construcción del Hospital Isabel Zendal, específico para tratar a los pacientes con coronavirus".

El titular de la Sanidad madrileña se ha referido a la aprobación de la Ley de Buen Gobierno, que todavía tiene pendiente "revisar cuestiones como las retribuciones o la formación, así como la transparencia".

### Digitalización del sistema sanitario gallego

Durante su intervención, Julio García Comesaña, conselleiro de Sanidade da Xunta de Galicia, ha explicado que durante la pandemia se han 'digitalizado' muchos procesos de la Sanidad, incluidos los datos de más de 700.000 personas en Galicia.

Otro reto manifestado por García Comesaña ha sido la reversión de la 'in-humanización' que se ha producido en el sistema sanitario por culpa de la pandemia. En este sentido, se ha referido especialmente a la necesidad de recuperar el acompañamiento de un paciente durante su hospitalización o la reanudación de las consultas presenciales.

"Debemos aprovechar las circunstancias actuales para modificar los procesos y hacerlos más sencillos no solo para los pacientes y sus cuidadores, sino también para los profesionales", ha dicho el responsable de la Sanidad gallega.

### La gestión en la formación sanitaria

"Nadie nos ha preparado para la gestión sanitaria", ha comentado Patricia Gómez i Picard, consellera de Salud y Consumo del Govern Illes Balears. "Necesitamos incluir la profesionalización en la formación para

aprender a ser líderes de la transformación del sector". Como asignaturas pendientes, ha indicado que todavía falta establecer "una retribución justa". "Nos está costando encontrar a las personas más capacitadas para liderar los proyectos", ha añadido.

En la misma línea que sus compañeros, José María Vergeles, consejero de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, ha hablado de los problemas para encontrar profesionales dispuestos a asumir puestos directivos o de gestión. "Difícilmente podremos encontrar a candidatos si no hay contenidos formativos de gestión sanitaria durante los estudios universitarios", ha lamentado.

Asimismo, ha criticado "la caza de brujas vivida por aquellos directivos que se vacunaron primero de la COVID-19". "Esto no se puede repetir, significa que estamos viendo a los cargos directivos con otros ojos. Son profesionales que también lo están dando todo para que el sistema funcione", ha dicho Vergeles. En este sentido, el consejero ha animado a SEDISA y a Ande a trabajar junto con las fuerzas políticas para promover y mejorar la imagen de los profesionales de la gestión sanitaria.

### La transformación impuesta por la pandemia

Gerentes y directivos de servicios de salud de diferentes comunidades autónomas han hablado de la "transformación" que ha impuesto la pandemia del coronavirus en el sistema sanitario, así como del "liderazgo" para impulsar todos los cambios necesarios. La gestión de la pandemia ha supuesto "un gran esfuerzo personal, profesional y emocional de todos los trabajadores del sector", han dicho.

Jesús Vázquez Castro, director general del Proceso Integrado de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, ha comentado que "los cambios suelen producir resistencias, y la COVID-19 ha impuesto unos cambios tremendos en todos los ám-

bitos asistenciales”. En la peor etapa de la crisis sanitaria, los profesionales han tenido que adaptarse a la situación, en ocasiones con muy poca información, y otras, con un exceso de datos, a veces contradictorios”.

“Hemos aprovechado todas las fuentes y las nuevas tecnologías, la consulta no presencial. Hemos puesto en marcha iniciativas impensables hace dos años. Tenemos nuevas formas de trabajo, y nos hemos dado cuenta de que necesitábamos una palanca para llevar a cabo el cambio”.

El líder es una persona con capacidad para influir en los demás para cambiar conductas y comportamientos. Es necesario profesionalizar esa figura para que el cambio y la transformación de un sistema pueda ser positiva”, ha dicho Vázquez Castro.

En su opinión, es el momento de hacer “un plan estratégico de consenso en España para analizar estas experiencias de éxito” que se han desarrollado en las respectivas comunidades.

### Formación de directivos y gestores

José Flores Arias, gerente del Servicio Gallego de Salud (Sergas), ha destacado la necesidad de fomentar “la educación” no solo del personal sanitario, sino también de los

directivos o gestores y también de los pacientes. “La comunicación suele ser uno de los puntos débiles de la organización de centros como los hospitales. En Galicia hemos intentado mejorar este aspecto, y hemos conseguido muy buenos resultados”.

“Durante la pandemia ha habido gente que ha dado un paso adelante para ejercer el liderazgo. Debemos tenerles en cuenta. Muchas veces los profesionales que se dedican únicamente a los procesos asistenciales también están haciendo gestión. Finalmente, todos representamos a la empresa en la que trabajamos”.

Respecto a la sostenibilidad del sistema, José Flores ha resaltado que Galicia ha apostado firmemente por las TIC, especialmente por la historia clínica digital. “En la pandemia hemos incorporado otras herramientas, como la videoconsulta”, ha añadido. También se ha referido a la consulta a domicilio, que se ha centrado no solo en el paciente con una patología crónica, sino también en el que tiene una dolencia aguda.

### Profesionalización de la gestión sanitaria

“La profesionalización de la gestión sanitaria salva vidas”, ha sentenciado Miguel Ángel Guzmán Ruiz, director gerente del Servi-

cio Andaluz de Salud (SAS). En el escenario de la pandemia, se han vivido “situaciones de incertidumbre”, ha definido. “Es cierto que llevamos muchos años pidiendo cambios en consonancia con la sociedad.

“La transformación del sistema sanitario no es posible sin líderes, pero estos líderes necesitan formación y herramientas para hacerlo”, ha dicho María Amparo García Layunta, directora general de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana.

“Las nuevas formas de gestión basadas en la innovación solo son posibles en entornos de modelos abiertos y colaborativos que propicien un intercambio del conocimiento. Para ello, es necesaria la formación del paciente, que también debe ser el promotor del cambio, junto con los trabajadores, los directivos y el resto de los actores sociales”.

“La transformación, los cambios y la innovación se realizan a través de modelos colaborativos y abiertos”, ha manifestado García Layunta. Dichos sistemas deben basarse “en formas de gestión del talento, en la diversidad del conocimiento. El objetivo es dar solución a problemas sanitarios complejos. Y todo ello, con el foco puesto en la sostenibilidad del sistema, con líderes formados y apoyados”.





“Las comunidades necesitamos estar bien financiadas para tener una sanidad sostenible”, ha concluido la directiva de la Comunidad Valenciana.

### Formación de los líderes

“Reforzar y apostar por la formación de los líderes en habilidades y competencias”. Esta ha sido la propuesta realizada por José María Arnal, gerente del Servicio Aragonés de Salud, como “motor del cambio y transformación”. Esto se debe hacer “con una visión estratégica”.

Entre sus conclusiones, Arnal ha apuntado “aprender de las experiencias vividas en la propia autonomía, pero también en el resto de las comunidades. Este proceso puede ser muy enriquecedor”.

Otros elementos que ha mencionado para conseguir la transformación del sistema han sido “el trabajo en red” y “recuperar el sentimiento de pertenencia a la organización”.

### Estabilidad del SNS

Los modelos de financiación sanitaria han protagonizado la mesa moderada por Joaquín Estévez, presidente de la Fundación SEDISA. La primera ponencia ha sido la de José Antonio Miranda, director general de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Las principales ventajas del Sistema Nacional de Salud, en su opinión, son su carácter universal, que es estable y fácil de recaudar y que supone “un efecto redistributivo de la riqueza”. También como aspectos positivos ha apuntado que son los ciudadanos, a través de sus representantes políticos, quienes aprueban el importe de recursos destinados a la Sanidad.

Entre “los inconvenientes”, ha apuntado que el sistema “está muy sujeto al ciclo económico, sobre todo en tiempos de crisis”. Y también depende del cumplimiento

de los límites al déficit público marcados por la Unión Europea.

A continuación, José Antonio Miranda se ha centrado en la “optimización de la gestión de los recursos públicos tras el esfuerzo financiero del Gobierno andaluz”.

### Modelos innovadores de financiación sanitaria

José Luis Segú, socio director de Oblisque Consulting, ha hablado de las utilidades y las posibilidades de los modelos innovadores de financiación. Su principal propuesta ha sido “el desarrollo de un marco estratégico en el Sistema Nacional de Salud para definir las diferentes opciones”. En este sentido, ha apuntado tres niveles:

1. Políticas generales que faciliten orientar al SNS a los resultados y al valor, especialmente en el ámbito de la incorporación de la innovación.
2. Modelos innovadores de precio y financiación. Se debe vincular el precio y el resultado en términos de beneficio clínico, impacto económico o disponibilidad de producto.
3. Definir las reglas del juego: la incorporación de la innovación debe realizarse con transparencia, sobre todo en cuanto a su precio (multiindicación, combinaciones, etc.). También debe haber “unos criterios claros en las relaciones entre los agentes”.

Según José Luis Segú, en España hay poca evaluación de los resultados, “debido a la confidencialidad”, entre otros motivos. Además, hay pocas, o ninguna, evaluaciones independientes. En definitiva, ha considerado necesario realizar “un esfuerzo contundente de evaluación independiente, de transparencia y de intercambio de la información disponible”.

### Los fondos europeos Next Generation

En su intervención, Juan del Llano, director de la Fundación Gaspar Casal, ha mos-

trado su preocupación por el destino final de los fondos europeos ‘Next Generation’. Ha recordado que una buena parte de este presupuesto irá destinado a la transición ecológica y digital de España. “Hace falta mucha capacidad de gestión, y a veces nos preguntamos si la Administración podrá hacerlo con eficacia. En muchas ocasiones los proyectos incluidos en los presupuestos no se desarrollan, lo cual es bastante penoso”.

En España, el Gobierno central es el encargado de “liderar la gestión del dinero procedente de la UE”, ha remarcado Juan del Llano. “Necesitamos mucho liderazgo, con actitud y, sobre todo, con muchas propuestas. Debemos pensar que vendrán evaluadores de la Unión Europea para examinar esta labor”.

La pandemia ha mostrado “un gran margen de mejora” en el sistema sanitario español. Las Administraciones deben funcionar “como una sola”, deben coordinarse entre sí. Y también es fundamental la colaboración público-privada, ha apuntado el director de la Fundación Gaspar Casal.

### Modelo Amazon Health

Diversos expertos han analizado las posibilidades de aplicar el ‘modelo Amazon’ al sistema sanitario español. Así lo han hecho en la mesa ‘Tecnología y Transformación del Sistema Sanitario. ¿Amazon Health es el modelo?’.

El moderador del debate ha sido José Fernando Pérez, director asistencial del Hospital de Alta Resolución El Toyo, perteneciente a la Agencia Pública Hospital de Poniente de la Junta de Andalucía.

En su intervención, Rubén Sanz Cartagena, gerente del Hospital Vithas Málaga, se ha preguntado qué puede aprender un hospital y un médico del modelo Amazon. En su intervención ha hecho un paralelismo entre el funcionamiento de la compañía estadounidense y el sistema sanitario español. Y es que, como ha recordado, “Amazon ha entra-

do en el sector”, y lo ha hecho directamente, por ahora, a través de los seguros de salud, junto con Buffett y JP Morgan. En concreto, han creado un seguro para sus empleados.

“Las tecnológicas han decidido invertir en el sector salud. Van a ser agentes y llegarán con herramientas muy concretas. ¿Podemos aprender del modelo de negocio de Amazon? ¿Somos capaces de acelerar la transformación y de disminuir los problemas actuales?”, se ha preguntado.

Una de las ventajas del modelo Amazon, según Rubén Sanz, es “la capacidad de decisión y el empoderamiento” del cliente. “Amazon ofrece la posibilidad de comprar entre la variedad de productos que ofrece la plataforma. Además, los clientes que compran a través de esta plataforma quieren satisfacción, es decir, calidad. Se trata de un servicio directo y disponible de manera permanente”.

Igualmente, Amazon ofrece el acceso a cualquier producto y de manera remota, es decir, fomenta “la equidad y la accesibilidad”, dos características que también se reclaman en la asistencia sanitaria. Asimismo, la compañía de Jeff Bezos tiene cualidades como “conciencia de salud, compromiso, adaptabilidad y resiliencia”, entre otras.

“Amazon claramente ha apostado por la salud”, ha comentado Sanz Cartagena. Y lo ha hecho por medio de aplicaciones o plataformas como IORA Health, 1492, Pillpack Amazon Pharmacy, Whole Foods, Alexa, Amazon Care, Movement Health, etc. “Son algunas de las iniciativas que ha puesto en marcha relacionadas con la salud, aparte de diversas colaboraciones con universidades y también proveedores de servicios de salud de Estados Unidos”.

La marca Amazon evoca también otros conceptos, como “innovación, digital, cliente y facilidad. El cliente es el foco del trabajo de Amazon”, ha añadido el gerente de Vithas Málaga. Respecto a la gestión digital, Amazon emplea el análisis predictivo o el uso de datos. También la automatización de procesos, la experiencia de cliente y la interoperabilidad. Todos estos conceptos también se han comenzado a aplicar en el sector sanitario.

El factor fundamental de Amazon es la hiperpersonalización o tratamiento preferente (EASE). También se preocupa por la Salud de consumo (Orcha) y la personalización a escala (Athlone).

## El ‘Modelo Amazon’ ofrece acceso a cualquier producto, es decir, fomenta “la equidad y la accesibilidad”, dos características que también se reclaman en la asistencia sanitaria

### Resultados en salud y transformación digital

Aparte del ‘modelo Amazon’, los congresistas también han abordado la utilidad del big data en la orientación a resultados en salud. María José del Jesús Díaz, catedrática de la Universidad de Jaén, ha hablado de inteligencia artificial y de la ciencia de datos. “La transformación supone una gran carga de trabajo a nivel organizativo. En el aspecto positivo, los dispositivos médicos permiten ya controlar una gran cantidad de datos con herramientas para automatizarlos. De esta forma, se evita sobrecargar el sistema con asistencias que pueden evitarse mediante un control automatizado. En este nuevo panorama, lo que se plantea es dónde queda el papel de las personas”, ha dicho María José del Jesús, quien se ha preguntado por “el lado humano y la interpretación correcta del dato”.

Juan Antonio Gómez Palomeque, de la Subdirección del Departamento de TIC del Servicio Andaluz de Salud (SAS), ha hablado de “la evolución de los modelos asistenciales”, algo en lo que Andalucía “lleva trabajando desde hace años”. Según ha defendido, el SAS

tiene “una posición estratégica avanzada en el desarrollo del proceso de transformación digital”. “Se trata de un proceso de innovación continua destinado a aumentar la eficacia de nuestros procesos. El objetivo es alcanzar un mayor grado de satisfacción de nuestros clientes”.

Al hablar de clientes, Gómez Palomeque se ha referido no solo a los pacientes, sino también a los profesionales, las empresas de suministros, etc.

Finalmente, Antonio Acevedo Prado, director general de Atención Integral Sociosanitaria de la Xunta de Galicia, ha expuesto los principales cambios que está experimentando la sanidad de esta comunidad autónoma. En su ponencia, ha explicado la integración sociosanitaria en Galicia y el papel que ha desempeñado la tecnología “como pilar del nuevo ecosistema”. En este aspecto, se ha referido a la teleasistencia como una de las grandes protagonistas de la atención médica durante la pandemia.

También ha expuesto la Estrategia 5 P, en referencia a los conceptos asociados al modelo sanitario: personalizado, proactivo, predictivo, participativo y poblacional. “Los proyectos que emanen del nuevo modelo de asistencia avanzada en Galicia deben tener en cuenta estas 5 pes”, ha apostillado Antonio Acevedo ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)





Recuperar la  
atención presencial  
y de **calidad**  
para quien lo necesite  
es el **reto** más  
**urgente** de los sistemas de salud

Cristina Ibarrola

Vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención  
Primaria (SEDAP)

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SEDAP



## GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA/ENTREVISTA

### Cristina Ibarrola

**Parlamentaria foral y vocal de Navarra de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), Cristina Ibarrola tiene una amplia experiencia en puestos de gestión de Atención Primaria (AP) en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, donde ha ocupado puestos de responsabilidad en distintas áreas. Tras los duros meses de crisis sanitaria por el coronavirus, Ibarrola apuesta por recuperar valores como la humanización asistencial que la pandemia resquebrajó. Además, en la entrevista con la revista EL MÉDICO, aboga por desarrollar la cultura de la evaluación de los procesos sanitarios. “Reconocer los actuales problemas que está padeciendo Atención Primaria es condición indispensable para hacer un análisis objetivo y tratar de poner soluciones”, sentencia.**

“Es absolutamente imprescindible garantizar una atención presencial y de calidad en el sistema sanitario y dejar la atención telemática para procesos que pueden resolverse a distancia, algo que, en muchas ocasiones, no ha ocurrido, y de ahí el malestar y el rechazo del personal sanitario y población a una atención no presencial abusiva que solo se entendía durante la fase inicial de la pandemia y que pone en riesgo una modalidad asistencial no presencial, que bien utilizada, es un recurso extraordinario”, sostiene con convencimiento la vocal de la SEDAP, Cristina Ibarrola.

**Año y medio de pandemia, atención telefónica. Duro para el paciente, ¿pero para el médico de AP?**

El inicio de la pandemia produjo una auténtica revolución organizativa en los sistemas de salud con una actividad en Atención Primaria que llegó a ser telefónica aproximadamente en un 80 por ciento. Ha sido evidente la dificultad

que ha supuesto para el paciente, pero también el personal sanitario tuvo que adaptarse de forma abrupta y no ha sido tarea fácil. Realizar diagnósticos clínicos sin una exploración física, sin comunicación verbal, es complicadísimo. Las y los médicos de Atención Primaria tuvieron que afrontarlo, en muchas ocasiones,

gestionando la incertidumbre, la duda, el miedo y la inquietud ante posibles equivocaciones. Sentimientos de ansiedad y agotamiento que han acompañado al personal sanitario en esta dura pandemia, son factores añadidos que han incrementado la angustia ante la posibilidad de error en una atención no presencial. Y a todo esto hay que añadirle, en muchas ocasiones, el malestar, enfado y rechazo que ha producido en el paciente el colapso telefónico y la atención no presencial, malestar que también está teniendo repercusiones en el personal sanitario.

**Si tuviéramos que definir con una palabra la AP sería humanización y sus derivadas: cercanía, empatía. ¿Cómo recuperar estos valores en el tratamiento después de tantos meses de distanciamiento físico?**

La humanización en la atención sanitaria es una estrategia prioritaria para los sistemas de salud, que llevaban años poniendo el

foco en la importancia de proporcionar una atención holística, individualizada, personalizada, teniendo en cuenta las expectativas del paciente y sus necesidades clínicas, emocionales, sus creencias, sus preferencias, haciéndole partícipe de las decisiones en relación con su salud, de forma informada y compartida con el profesional. La pandemia, paradójicamente, rompió el valor de humanización del sistema, mientras el personal sanitario estaba más humanizado que nunca. A nadie se le escapa

el sufrimiento de personas aisladas, solas, en domicilio, en residencias, en hospitales, una cruel soledad incluso en situaciones de final de vida, una soledad que han sufrido de forma especialmente dramática nuestros mayores. Es prioritario recuperar valores como la humanización asistencial. La confianza entre personal sanitario y paciente; el conocimiento integral de la persona y su entorno; la cercanía y la accesibilidad forman parte de la propia esencia de Atención Primaria y la sitúan como nivel del sistema sanitario privilegiado para recuperar una atención humanizada.

**¿Qué deben hacer las Administraciones Públicas?**

Velar por garantizar recursos adecuados que faciliten una atención sanitaria humanizada, apostar por estrategias de formación en profesionales y población, poniendo recursos que garanticen que la humanización asistencial es una prioridad real. Así lo han hecho organizaciones como Cleveland Clinic, pionera en estrategias de éxito en humanización y experiencia de paciente.

**Es innegable que lo digital ha venido para quedarse, como reconocen también desde la SEDAP. ¿Puede sustituir a la atención presencial? ¿En qué porcentaje podemos decir que sería lo idóneo atención digital y atención presencial?**

La atención telefónica, las interconsultas no presenciales entre profesionales sanitarios, la telemedicina o la telemonitorización, ya existían antes de la pandemia. En ese sentido, estaban, están e indudablemente se van a quedar. La pandemia es una oportunidad para

### La humanización en la atención sanitaria es una estrategia prioritaria para los sistemas de salud

avanzar e impulsar el necesario desarrollo de mejoras en herramientas tecnológicas y de telemedicina ágiles, seguras, resolutiveas y que garanticen la confidencialidad. Pero hay que dejar la atención telemática para procesos que pueden resolverse a distancia, como un recurso extraordinario. Me resulta complicado establecer un umbral razonable de atención no presencial, que depende de diversos factores, pero la actual, que, por ejemplo, en Navarra ronda el 60 por ciento del total, es, a todas luces, excesiva y no puede garantizar la excelencia y seguridad en la atención. Recuperar esa atención presencial y de calidad en toda persona que lo precise, es un reto urgente de los sistemas de salud. Se requiere dotación de recursos para poder pro-

porcionar la atención presencial siempre que se precise, pero también es necesario evaluar e intervenir con factores correctores de forma específica, porque la variabilidad es muy alta e, incluso, en los peores momentos de la pandemia, hay profesionales sanitarios que no han dejado de garantizar, con muchísimo esfuerzo, una atención presencial a toda persona que lo ha necesitado.

**Hablamos de humanización, pero también está la propia evaluación que se hace de los tratamientos y de la atención**

## Nuestro país carece, en general, de una cultura de evaluación de intervenciones sanitarias

**al paciente. ¿Cómo conseguir que esta valoración sea lo más acertada posible?**

Nuestro país carece, en general, de una cultura de evaluación de intervenciones sanitarias y las que se hacen, se centran habitualmente en estudios del impacto de costes en medicamentos u otras tecnologías sanitarias, pero sin considerar el impacto global en el sistema sanitario. En ocasiones, por ejemplo,

intervenciones organizativas o un determinado medicamento que eviten un ingreso hospitalario o reduzcan la estancia hospitalaria, pueden producir potenciales ahorros que no pueden evaluarse exclusivamente por el impacto presupuestario de nuevos recursos para implantar un cambio organizativo o del medicamento y lo pueden hacer, además, con una mayor satisfacción para paciente, familia y profesional sanitario.

**¿Cómo se debería realizar la evaluación de toda intervención sanitaria?**

Integrando resultados de efectividad (clínicos, de calidad y de seguridad), resultados reportados por paciente (calidad de vida, signos y síntomas por la enfermedad o por el tratamiento), de satisfacción y/o experiencia de paciente, así como los costes relacionados con los resultados en salud obtenidos. Desde el punto de vista humanístico, resulta también relevante incorporar en la evaluación, además de la percepción y perspectiva del paciente, la de personas cuidadoras, familias y profesionales sanitarios. Teniendo en cuenta todas estas dimensiones, la evaluación debe incorporar un número limitado de indicadores, aquellos con cuyo resultado se van a modificar intervenciones. Se deben consensuar indicadores y metas de forma amplia y participada, que sean indicadores medibles, validados, comparables, cuyo registro no suponga un esfuerzo adicional al profesional y que le vean la utilidad para ellos, proporcionándoles *feedback* de forma fácil





## GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA/ENTREVISTA

### Cristina Ibarrola

y sencilla. Y las Administraciones Públicas tienen que facilitar las herramientas necesarias para facilitar la evaluación como mejora continua.

**En nuestra sociedad y en el ámbito médico se tiende a realizar la consulta, pero con frecuencia no se evalúa de forma global. Sin esta evaluación, ¿no se corre el riesgo de dar palos de ciego o actuar en el camino equivocado?**

En efecto, la evaluación debe servir para hacer *benchmarking*, identificar buenas prácticas, áreas de mejora, detectar ineficiencias, redefinir intervenciones y reinvertir en salud intentando maximizar el valor en salud con los recursos disponibles. De hecho, los estudios objetivan que entre un 25 y un 30 por ciento de las intervenciones que se realizan en los sistemas sanitarios no aportan valor en salud al paciente. Identificar y corregir esas intervenciones que no aportan valor, es uno de los principales retos de los sistemas de salud. A nivel más micro, evaluar es la mejor manera de mejorar la calidad asistencial a través de una autoevaluación clínica. Es importante que la evaluación sea integral y que incorpore indicadores de todas las dimensiones, efectividad, humanística y económica. Es la manera de avanzar hacia la generación de valor en salud.

**A la hora de evaluar las acciones del médico de AP, ¿quién debe hacerlo? ¿Médicos del propio sistema, los directivos del sistema, los pacientes, los sindicatos, otros agentes o se debería ir a equipos de valoración ajenos al sistema, que no fueran autocomplacientes?**

La evaluación tiene diferentes planos. Por un lado, la autoevaluación clínica para el médico de Atención Primaria, orientada a mejorar los resultados en salud individual y poblacional de la que es responsable. Por otro, los gestores y decisores sanitarios deben incorporar la evaluación en la toma de decisiones. Los resultados reportados por el paciente o de satisfacción y experiencia de paciente deberían incorporarse en la evaluación clínica y de directivos de salud. Y en ciertas circunstancias, en las que determinados intereses pueden sesgar el diseño y la interpretación de los resultados, la mejor opción sería una evaluación independiente. Un reciente ejemplo lo tenemos en el amplio número de expertos que ha venido solicitando una evaluación independiente de la gestión de la pandemia. Sin duda, de haberla realizado antes, hubiera ayudado a identificar y corregir errores en las sucesivas olas. Lamentablemente, no se hizo.

**Algunas veces es mucho, leo informes de valoración y me llama la atención la autocomplacencia. ¿Ayuda en algo a la AP decir que todo está muy bien, que la AP es fantástica? ¿No nos puede ocurrir como en marzo del año pasado que todo era fantástico, pero no había EPis suficientes ni para los sanitarios?**

Las valoraciones de autocomplacencia hacen perder confianza y credibilidad. Reco-

nocer los actuales problemas que está padeciendo Atención Primaria es condición indispensable para hacer un análisis objetivo y tratar de poner soluciones. El objetivo fundamental de evaluar es la mejora continua. Hacer evaluaciones tratando de justificar determinadas actuaciones o medidas de forma interesada es la antítesis de la evaluación que gestores profesionalizados, sociedades profesionales serias como SEDAP o expertos y convencidos de la necesidad de evaluación, defendemos, entendiendo que es la manera de mejorar los resultados en salud poblacionales, de generar valor, de apostar por la sanidad pública y hacerla perdurable en el tiempo para generaciones futuras.

Creo que hay un amplio consenso en la necesidad de redefinir, reinventar la Atención Primaria de nuestro país, volver a generar ilusión en los profesionales y situarla como verdadero eje vertebrador del sistema. Una buena práctica puede ser utilizar indicadores y escalas de valoración validadas y consensuadas por sociedades científicas y consenso de expertos, cuentan con credibilidad y rigor científico para implicar a profesionales y es un buen trabajo que no debería despreciarse.

**¿Suele ser receptiva la administración sanitaria a las críticas tras estas evaluaciones? ¿Se ponen los medios humanos y se aportan los recursos técnicos para solucionar lo que se ha detectado en las evaluaciones que funciona mal?**

Como en todos los ámbitos, generalizar no sería justo y estoy convencida de que hay de todo, pero, en general, sigo pensando que la cultura evaluativa en los sistemas de salud en España, lamentablemente, es escasa. Implicar a los clínicos desde el inicio en la identificación de indicadores a evaluar, metas y cómo realizar el registro, ayuda. Tam-

### La interlocución entre SEDAP con los departamentos de Sanidad tiene un amplio margen de mejora

### Los estudios objetivan que entre un 25 y un 30 por ciento de las intervenciones que se realizan en los sistemas sanitarios no aportan valor en salud al paciente

### Desde el punto de vista humanístico es relevante incorporar en la evaluación la perspectiva del paciente, de los cuidadores, familias y profesionales sanitarios



bién ayuda implicar y contar a lo largo de todo el proceso con la voz del paciente, desde el diseño de las intervenciones, en la implementación y en la evaluación. Aunque mucho más lento de lo que quisiéramos, cada vez es mayor la implicación y el interés de clínicos y pacientes con la necesidad de evaluar. Soy menos optimista con la evaluación como herramienta habitual en la toma de decisiones de gesto-

**Hay un amplio consenso para redefinir y reinventar la AP de nuestro país para volver a generar ilusión en los profesionales y situarla como verdadero eje vertebrador del sistema**

res sanitarios, mientras no se realice una verdadera apuesta por la profesionalización de la gestión sanitaria, algo que defiende como principio fundamental SEDAP, pero que, lamentablemente, veo lejano a la realidad actual, condicionada por intereses políticos, políticos en los que sería deseable un determinado nivel de preparación y rendición de cuentas de la gestión de dinero público. Sin una evaluación objeti-

va y un interés explícito por utilizarla como herramienta habitual de ayuda a las decisiones, resulta complejo asignar recursos acordes con los resultados de evaluación.

**En todas estas valoraciones de humanización, por una parte, en el trato médico/paciente/enfermera y en la valoración de la atención y el servicio que se presta. ¿Cuál es el papel que juega la SEDAP y el que se quisiera jugar?**

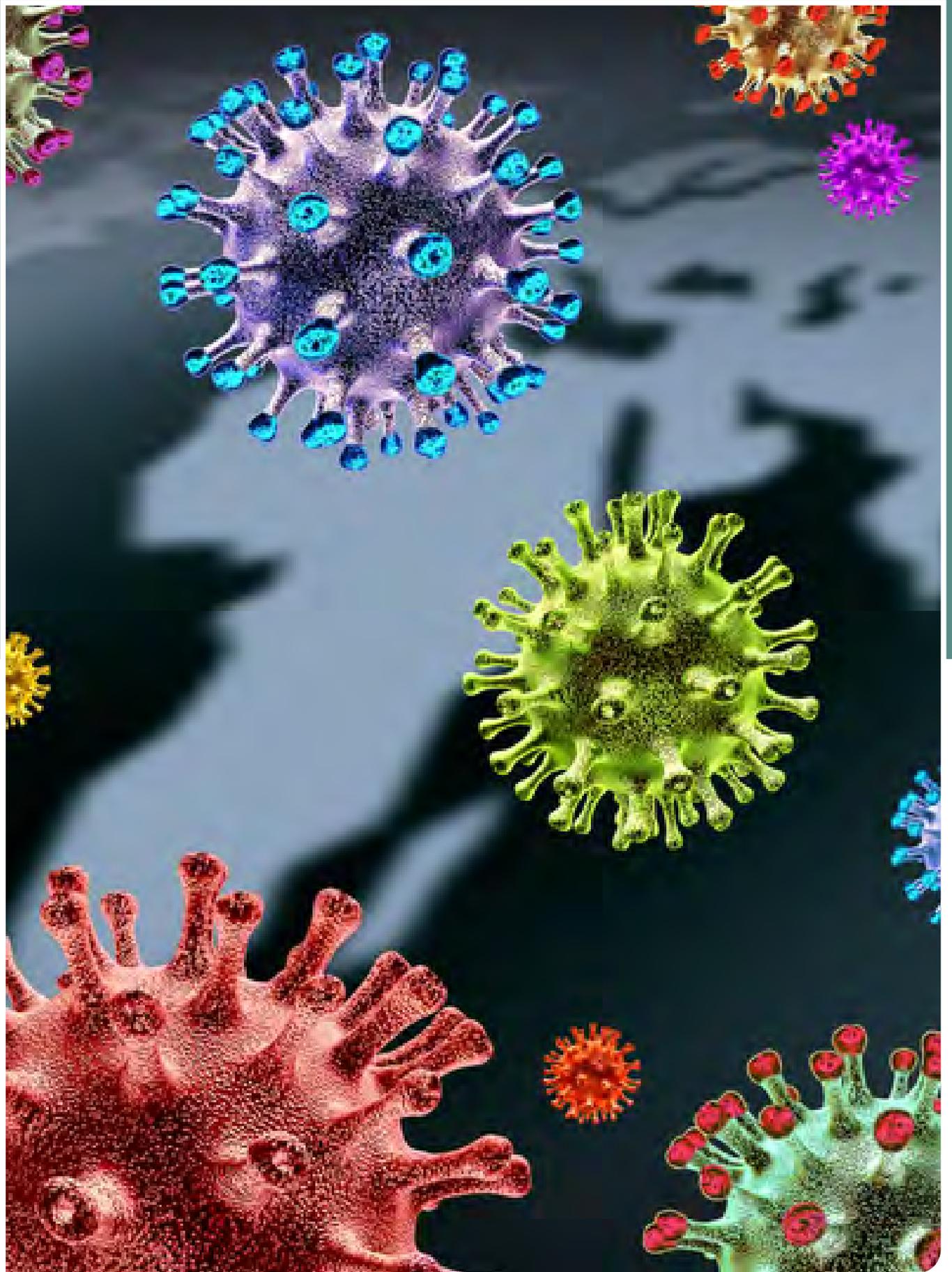
SEDAP es una sociedad científica de profesionales y gestores de Atención Primaria cuyo interés es la mejora en la calidad y la excelencia de la atención y la gestión en Atención Primaria, huyendo de la Atención Primaria como mero silo de pacientes y trabajando de forma colaborativa con colectivos y otras sociedades científicas, de calidad y de gestión. Defendemos valores fundamentales en Atención Primaria, humanización, excelencia, seguridad de paciente, participación activa de profesionales y pacientes, profesionalización de la gestión. Como sociedad, estamos trabajando en modelos de colaboración, en formación y en la defensa de los valores y la construcción de la Atención Primaria del futuro.

**¿Tienen fácil como SEDAP la interlocución con los departamentos de Sanidad? ¿En esa interlocución ven receptividad?**

No creo que existan problemas de interlocución, pero existe un amplio margen de mejora en un trabajo colaborativo y conjunto ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria





Variantes

# COVID-19

en

# España

Hay numerosas variantes del SARS-CoV-2, pero preocupan cuatro: Alfa (Reino Unido), Beta (Sudáfrica), Gamma (Brasil) y Delta (India). Eta, Iota, Kappa y Lambda son otras de interés. En septiembre, los expertos han alertado de la aparición de las variantes “MU” (Colombia) y C.1.2 (Sudáfrica), que se encuentran bajo seguimiento.

Texto | Laura Clavijo



La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 suma ya más de 4,5 millones de personas fallecidas y más de 219 millones de infectados, según los datos aportados por la Universidad Johns Hopkins<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con asociados, redes de expertos, autoridades nacionales, instituciones e investigadores, vigila y evalúa la evolución del virus desde enero de 2020.

La mayoría de los cambios que experimenta el virus tienen escaso o nulo efecto sobre sus propiedades. Sin embargo, algunos cambios pueden influir sobre algunas de ellas, como por ejemplo su facilidad de propagación, la gravedad de la enfermedad asociada o la eficacia de las vacunas, los medicamentos para el tratamiento, los medios de diagnóstico u otras medidas de salud pública y social.

A finales de 2020, la aparición de variantes del virus SARS-CoV-2 que suponían un mayor riesgo para la salud pública mundial hizo que se empezaran a utilizar las categorías de “variante de interés” (VOI) y “variante preocupante” (VOC), con el fin de priorizar el seguimiento y la investigación a escala mundial y, en última instancia, orientar la respuesta a la pandemia de COVID-19.

El objetivo de la vigilancia y seguimiento por parte de los expertos es que, en caso de que se detecten cambios significativos, se pueda informar a los países y a la población sobre las medidas a seguir a fin de reaccionar ante la variante y prevenir su propagación.

Se ha demostrado que, en muchos países con amplia transmisión de variantes preocupantes, las medidas sociales y de salud pública, así como las de prevención y control de la infección, reducen eficazmente el número de casos, hospitalizaciones y muertes. Por este motivo, desde la OMS se anima a las autoridades locales y nacionales a continuar intensificándolas, además de reforzar la capacidad de vigilancia y secuenciación.

El pasado mes de agosto la OMS publicó el documento “Guidance for surveillance of SARS-CoV-2 variants: Interim guidance”<sup>2</sup>, una guía destinada a las autoridades de salud pública para la vigilancia y control de las variantes de la COVID-19.

El documento de la Organización Mundial de la Salud describe un conjunto mínimo de actividades de vigilancia a nivel nacional para detectar y monitorear la prevalencia de las variantes. Igualmente, quiere esbozar un conjunto de actividades para caracterizar y evaluar el riesgo planteado por las variantes. En la guía se proporcionan también un conjunto de indicadores para estandarizar el seguimiento y la notificación de las variantes en circulación.

**Denominación de las variantes**

Los sistemas de nomenclatura establecidos para nombrar y rastrear los linajes genéticos del SARS-CoV-2 por GISAID, Nextstrain y Pango se utilizan en círculos científicos y en la investigación científica. No obstante, la OMS encargó a algunos expertos de su grupo de trabajo sobre la evolución del virus y de su red de laboratorios de referencia, que busca-

ran denominaciones para las variantes de interés y las variantes preocupantes que fueran fáciles de pronunciar y no generasen estigmas entre países.

**La OMS encargó a expertos que buscaran denominaciones para las variantes de interés y las variantes preocupantes que fueran fáciles de pronunciar y no generasen estigmas entre países**

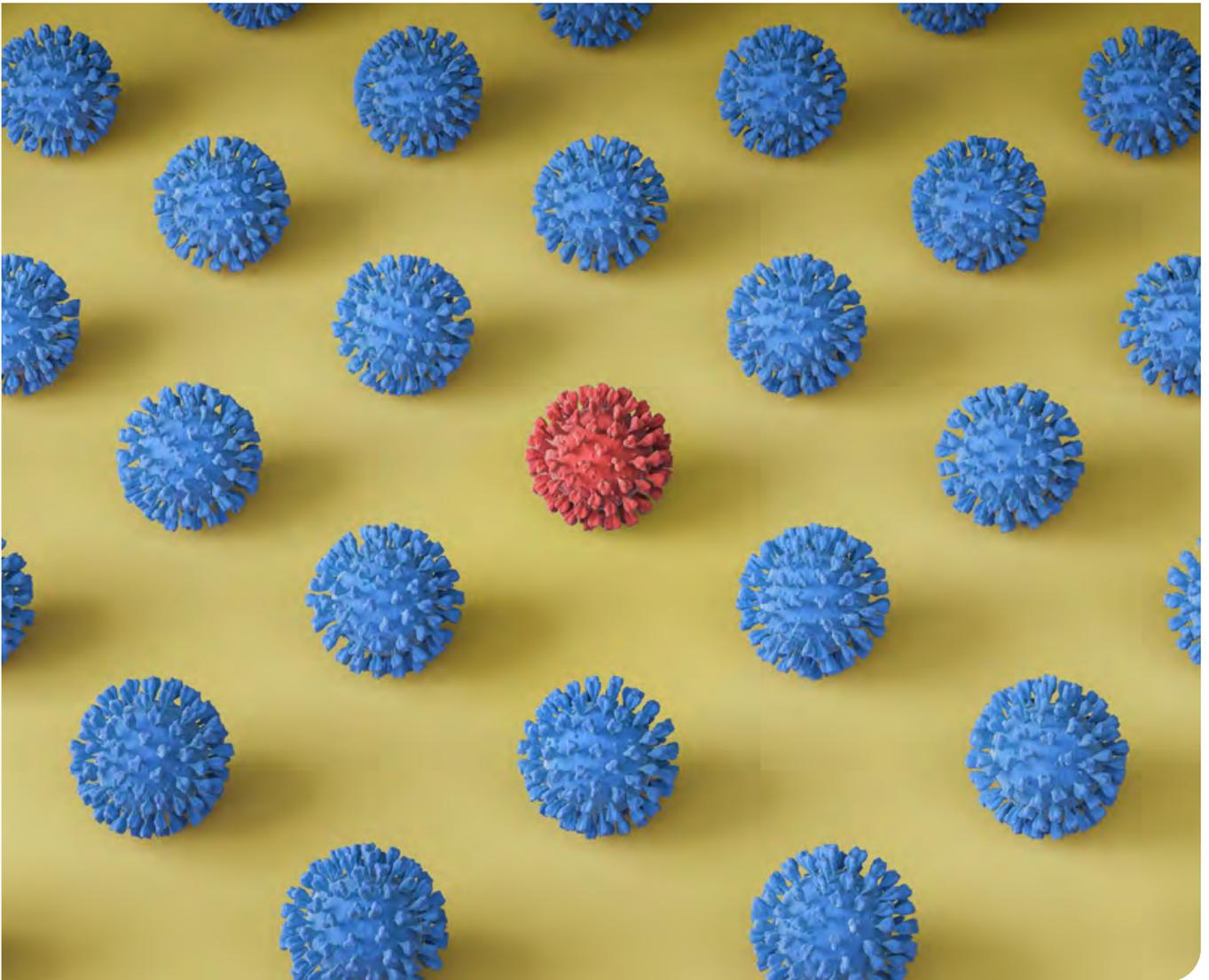
Este grupo recomendó el uso de denominaciones basadas en las letras del alfabeto griego, más fáciles de usar y más prácticas en los debates para el público no científico.

**Variantes de interés (VOI)**

Las variantes de interés son aquellas que presentan cambios en el genoma que afectan a características del virus como su transmisibilidad, la gravedad de la enfermedad que causa y su capacidad para escapar a la acción del sistema inmunitario, ser detectado por medios diagnósticos o ser atacado por medicamentos. Y, según se ha comprobado, dan lugar a una transmisión significativa en medio extrahospitalario o causan varios conglomerados de COVID-19 en distintos países, con una prevalencia relativa creciente y ocasionando números cada vez mayores de casos con el tiempo, o bien presentan otras características que indiquen que pueden entrañar un nuevo riesgo para la salud pública mundial.

DENOMINACIÓN DE LA OMS	LINAJE PANGO	PRIMERAS MUESTRAS DOCUMENTADAS	FECHA DE DESIGNACIÓN
Eta	B.1.525	Múltiples países, diciembre de 2020	17 de marzo de 2021
Iota	B.1.526	Estados Unidos, noviembre de 2020	24 de marzo de 2021
Kappa	B.1.617.1	India, octubre de 2020	4 de abril de 2021
Lambda	C.37	Perú, diciembre de 2020	14 de junio de 2021

Fuente: Tracking SARS-CoV-2. WHO.<sup>3</sup>



### Nueva variante de interés “Mu” (B.1.621)

La OMS acaba de comenzar a monitorizar una nueva variante del coronavirus llamada “Mu”, según el último boletín epidemiológico semanal<sup>4</sup>. Se identificó en Colombia el pasado mes de enero y desde el 31 de agosto pasaba a ser clasificada como variante de interés.

Los datos preliminares muestran una reducción de la capacidad de neutralización

de las vacunas similar a la observada para la variante Beta, pero se necesitan más estudios para confirmarlo.

### La variante “Mu” se identificó en Colombia el pasado mes de enero y desde el 31 de agosto pasaba a ser clasificada como variante de interés

Desde su primera identificación en Colombia en enero de 2021 ha habido algunos informes esporádicos de casos de la variante Mu, y algunos brotes han sido reportados en América del Sur y Europa. Aunque la prevalencia global de la variante Mu entre casos se-

cuenciados ha disminuido y actualmente está por debajo del 0,1 por ciento, la prevalencia en Colombia (39 por ciento) y Ecuador (13 por ciento) ha aumentado constantemente.

Después de Estados Unidos (2.375) y Colombia (965), España (512) es el tercer país con más casos registrados de la variante “Mu”, según los datos de GISAID<sup>5</sup>.

### Otra nueva variante que preocupa, la C.1.2

A principios de septiembre se ha reportado una variante nueva, la C.1.2, con una



## REPORTAJE

# Variantes COVID-19 en España

elevada tasa de mutaciones y que requerirá seguimiento. Ha sido identificada en Sudáfrica y otros países. Según los expertos, es la más diferente de la original y muta dos veces más rápido. Aparentemente es más infecciosa y podría evadir las vacunas<sup>6</sup>.

### La variante Delta (B.1.617.2) es más transmisible que la variante Alfa y ofrece ligera disminución de la efectividad de la vacuna

#### Variantes preocupantes (VOC)

Una variante preocupante es aquella que cumple los criterios para ser definida primero como variante de interés y en la que se ha demostrado una asociación a uno o más de los siguientes cambios: aumento de la transmisibilidad o cambio perjudicial en la epidemiología de la COVID-19; aumento de la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad; o disminución de la eficacia de las medidas sociales y de salud pública o de los medios de diagnóstico, vacunas y tratamientos.

Reino Unido (270.194), Estados Unidos (218.586) y Alemania (102.654) son los tres países con más casos de la variante Alfa secuenciados, según datos de GISAID consultados el 4 de septiembre de 2021.

Sudáfrica (6.428), Francia (3.175) y Estados Unidos (2.486)

son los tres países con más casos secuenciados de la variante Beta, según datos de GISAID a 4 de septiembre de 2021. España se encuentra en el ranking de los 10 países con más casos secuenciados de esta variante, concretamente en séptima posición, con 1.525 casos secuenciados.

España también se encuentra en los 10 países con más casos secuenciados de la variante Gamma, concretamente, con 1.126 casos (según datos de GISAID a 4 de septiembre de 2021). El país con más casos de variante Gamma sería Estados Unidos (25.999), seguido de Brasil (22.754) y de Canadá (14.566).



Finalmente, por lo que respecta a la variante Delta, Reino Unido es según GISAID el país con más casos secuenciados (334.235), seguido de Estados Unidos (231.278) y Dinamarca (40.346).

#### Situación en España

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias<sup>8</sup> considera que las variantes preocupantes actualmente son cuatro: Alfa, Beta, Gamma y Delta.

- **Variante Alfa (B.1.17):** después de un periodo de predominio en Europa y otras localizaciones (Estados Unidos, Israel), su prevalencia se encuentra en descenso en las últimas semanas. Más transmisible que las variantes previas, algunos estudios indicarían una mayor letalidad, aunque no parece que escape a la inmunidad. En España, el porcentaje es de 0 por ciento a 5,5 por ciento. Ha ido disminuyendo en todas las comunidades autónomas al mismo tiempo que ha ido aumentando la prevalencia de la variante Delta.

DENOMINACIÓN DE LA OMS	LINAJE PANGO	PRIMERAS MUESTRAS DOCUMENTADAS	
Alpha	B.1.1.7	Reino Unido, septiembre de 2020	18 de diciembre de 2020
Beta	B.1.351 B.1.351.2 B.1.351.3	Sudáfrica, mayo de 2020	18 de diciembre de 2020
Gamma	P.1 P.1.1 P.1.2 P.1.4 P.1.6 P.1.7	Brasil, noviembre de 2020	11 de enero de 2021
Delta	B.1.617.2 AY.1 AY.2 AY.3 AY.3.1	India, octubre de 2020	VOI: 4 de abril de 2021 VOC: 11 de mayo de 2021

Fuente: Tracking SARS-CoV-2. WHO.<sup>7</sup>

- **Variante Beta (B.1.351) y Gamma (P1):** la variante Beta se encuentra en descenso en Sudáfrica y países vecinos. En Europa representa un porcentaje pequeño de los casos. Posibilidad de escape a la respuesta inmune adquirida tras la infección natural o la generada por alguna de las vacunas disponibles. La variante Gamma es predominante en América del Sur, especialmente en Brasil. Presente en numerosos países europeos en baja frecuencia. Posible aumento de la transmisibilidad y escape de la respuesta inmune. En España se encuentra en un rango entre 0 por ciento y 1 por ciento en la semana

**A principios de septiembre se reportó la variante C.1.2, con una elevada tasa de mutaciones. Es la más diferente de la original y muta dos veces más rápido. Aparentemente es más infecciosa y podría evadir las vacunas**

33 (del 16 al 22 de agosto).

- **Variante Delta (B.1.617.2):** predominante a nivel global, más transmisible que la variante Alfa y ligera disminución de la efectividad de la vacuna. En España, ha ido incrementando su porcentaje en los muestreos aleatorios. En la semana 33 el porcentaje se encuentra entre 33,7 por ciento y 100 por ciento. En la semana 31 el porcentaje alcanzó un 88,1 por ciento ■

**NOTA DE REDACCIÓN:**  
La fecha de cierre de este reportaje es el 1 de octubre de 2021



<sup>1</sup> COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center- Consulta en línea realizada el 4 de septiembre de 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

<sup>2</sup> Guidance for surveillance of SARS-CoV-2 variants: Interim guidance, 9 August 2021. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO\\_2019-nCoV\\_surveillance\\_variants](https://www.who.int/publications/i/item/WHO_2019-nCoV_surveillance_variants)

<sup>3</sup> Tracking SARS-CoV-2. WHO. Consulta en línea realizada el 4 de septiembre de 2021. <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

<sup>4</sup> Weekly epidemiological update on COVID-19 - 31 August 2021. Edition 55. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---31-august-2021>

<sup>5</sup> Tracking of variants. GISAID. Consulta en línea realizada el 4 de septiembre de 2021. <https://www.gisaid.org/hcov19-variants/>

<sup>6</sup> New COVID variant detected in South Africa, most mutated variant so far. The Jerusalem Post. <https://www.jpost.com/health-science/new-covid-variant-detected-in-south-africa-most-mutated-variant-so-far-678011>

<sup>7</sup> Tracking SARS-CoV-2. WHO. Consulta en línea realizada el 4 de septiembre de 2021. <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

<sup>8</sup> Actualización de la situación epidemiológica de las variantes de SARS-CoV-2 de preocupación (VOC) e interés (VOI) en salud pública en España. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. 30 de agosto de 2021. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Actualizacion\\_variantes\\_20210830.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Actualizacion_variantes_20210830.pdf)



Las nuevas combinaciones de  
terapias dirigidas  
y la  
inmunoterapia  
están mejorando la  
supervivencia  
en cáncer de pulmón

Dolores Isla

Jefa del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico  
Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Texto | Mónica M. Bernardo



## ENTREVISTA Dolores Isla

La detección precoz y los datos prometedores de estudios sobre terapias dirigidas e inmunoterapia son las áreas más relevantes en las que se está avanzando en el tratamiento de los tumores de pulmón. Así lo reflejan los resultados de los estudios presentados en el Congreso Anual de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) de este año.

Las terapias dirigidas han supuesto un gran adelanto en el manejo de este tipo de cáncer, un campo en el que abundan las investigaciones en los subgrupos molecularmente seleccionados donde los tratamientos de referencia han fracasado. Para repasar los principales avances presentados en el encuentro científico europeo, en EL MÉDICO hemos hablado con la doctora Dolores Isla, jefa de Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, en Zaragoza.

### **Empecemos resumiendo los principales hitos en el manejo del cáncer de pulmón que se han presentado en ESMO.**

Las principales novedades por las que avanzan las investigaciones abiertas en cáncer de pulmón tienen que ver con las nuevas terapias dirigidas y con la inmunoterapia. No obstante, es interesante ver las posibles combinaciones de tratamientos que se están probando incluso con otras estrategias terapéuticas como la quimioterapia o la radioterapia y que están dando buenos resultados. Además, se están viendo datos positivos en los diferentes estadios de los tumores y las diferentes histologías. Son muchas las líneas de investigación abiertas con resultados prometedores, y lo más importante es que nos van a llevar a cambiar algunos paradigmas en el abordaje terapéutico de esta patología.

### **En el ámbito de las terapias dirigidas, ¿por dónde van las líneas de investigación más prometedoras?**

Entre los avances que se han presentado en ESMO están las terapias dirigidas formadas

por anticuerpos biespecíficos unidos a fármacos de nuevo diseño que tienen actividad en una población seleccionada. Por ejemplo, se han presentado datos de un estudio que combina amivantamab con lazertinib para el tratamiento de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico con mutaciones en el receptor del factor de crecimiento (EGFR). Amivantamab es un anticuerpo humano que actúa sobre los tumores con mutaciones activadoras y de resistencia del EGFR y mutaciones y amplificaciones de MET. Los resultados muestran que esta combinación tiene una mayor actividad y duración de la respuesta en los pacientes con CPNM avanzado con diversas mutaciones del EGFR. Y es así tanto en aquellos que recibieron quimioterapia previamente como en los que no. Pese a que son datos preliminares podemos calificarlos de prometedores, ya que suponen una nueva opción terapéutica para los pacientes con CPNM en pacientes pretratados.

### **¿Qué otras novedades se han destacado en terapias combinadas?**

Se han presentado datos de los nuevos fármacos que combinan quimioterapia con un anticuerpo monoclonal que se dirige a una diana molecular. Por ejemplo, datopotamab con deruxtecan dirigido contra el antígeno TROP2 presente en las células cancerosas. Este medicamento ha demostrado una actividad antitumoral segura para pacientes con CPNM avanzado, así como alteraciones genómicas procesables, como la mutación EGFR. Y también destaca la investigación sobre trastuzumab junto al quimioterápico deruxtecan en pacientes con CPNM no escamoso portadores de mutación HER2 que está dando resultados muy interesantes en población pretratada. Actualmente, no existen terapias dirigidas a HER2 aprobadas para el CPNM.

### **En cuanto a la inmunoterapia, ¿cuáles han sido las principales novedades presentadas en ESMO?**

La inmunoterapia está teniendo un gran desarrollo en el manejo del cáncer de

pulmón, donde diferentes fármacos y nuevas combinaciones en diferentes histologías y estadios de la enfermedad están ofreciendo buenos resultados. De hecho, ha sido el foco de una de las sesiones plenarias de ESMO donde se han presentado datos de un estudio que ha evaluado la inmunoterapia con atezolizumab como terapia adyuvante a la cirugía y quimioterapia en pacientes con CPNM reseccables. Es importante porque demuestra por primera vez que existe un beneficio de supervivencia libre de enfermedad en pacientes que reciben una inmunoterapia de forma adyuvante. Son resultados que suponen un cambio de paradigma en el manejo de estos pacientes por ser el primer inmunoterápico en demostrar un beneficio en este contexto clínico. En estadio locamente avanzado de CPNM, se confirma el papel de la inmunoterapia de consolidación tras quimiorradioterapia con los resultados de sugemalimab. Y se conocieron datos iniciales prometedores de doble inmunoterapia con nuevos fármacos. En estadio avanzado de CPNM, el inmunoterápico cemiplimab asociado a quimioterapia ha demostrado beneficio significativo en supervivencia global frente a quimioterapia. Otros datos interesantes con inmunoterapia se han referido al manejo del mesotelioma pleural maligno, un tipo de cáncer poco frecuente y muy agresivo que surge de los revestimientos externos serosos de los pulmones, y donde se han expuesto datos de una doble inmunoterapia: nivolumab combinada con ipilimumab. Los resultados han evidenciado una mejora de supervivencia global. En ESMO se han presentado datos actualizados con más seguimiento de esta combinación que también va a cambiar el paradigma en el manejo de este tumor con escasas opciones terapéuticas. En carcinoma microcítico de pulmón con enfermedad extendida se han conocido datos de supervivencia global con mayor seguimiento para la combinación de quimioterapia con durvalumab demostrando un beneficio tres veces mayor para la combi-

nación. También un avance relevante por ser un tumor sin avances en su abordaje desde hace tres décadas.

### **En relación al diagnóstico de la enfermedad, los biomarcadores han supuesto un antes y un después en Oncología.**

Acceder a un diagnóstico molecular para identificar biomarcadores es, indudablemente, lo que nos está permitiendo poder desarrollar terapias cada vez más dirigidas con resultados más destacados. Tenemos la posibilidad de disponer de tecnologías más precisas, exactas y sensibles que nos conducen a identificar alteraciones genómicas que pueden ser diana para tratamientos eficaces. También estamos consiguiendo identificar co-mutaciones que pueden condicionar la posibilidad de personalizar aún más estos tratamientos. En el cáncer de pulmón, las plataformas de secuenciación masiva, tanto en biopsia sólida como en biopsia líquida en sangre periférica, son cada vez más necesarias para nuestra práctica clínica. Son técnicas con un gran potencial en estadios precoces y avanzados para personalizar molecularmente el tratamiento, monitorizar la respuesta al mismo, detectar la enfermedad residual tras el tratamiento, incluso, tal vez conocer la duración de determinadas terapias en contextos específicos, y diagnosticar precozmente en el ámbito del cribado de esta enfermedad. En la Oncología de precisión hay un gran avance en esta dirección.

### **Hemos visto novedades orientadas a cronificar el cáncer e incrementar la supervivencia de los pacientes. ¿Cómo es el manejo de los largos supervivientes? ¿Se debería mejorar?**

Tanto con inmunoterapia como con terapias dirigidas, los avances que estamos viendo en Oncología nos están mostrando que cada vez tenemos más largos supervivientes. Son pacientes que viven más y algunos que, incluso, su supervivencia es tan larga que probablemente ya están curados

aunque aún no lo sabemos, o su enfermedad se ha “cronificado”. Hoy el porcentaje de pacientes con cáncer que son tratados con terapias dirigidas e inmunoterapia y que viven a largo plazo tras el diagnóstico es mucho mayor que quienes reciben el tratamiento estándar. Eso nos hace pensar que, seguramente, estamos curando el cáncer incluso en estadios avanzados, algo que -hasta hace poco- era anecdótico. Si bien es cierto que, dependiendo del tumor de que se trate y del tratamiento que reciban, hay pacientes que tienen complicaciones residuales con las que tienen que convivir y condicionan su calidad de vida. En este sentido, tenemos que mejorar su atención y seguimiento tanto desde los servicios de Oncología como desde Atención Primaria para conseguir una buena coordinación, ayudarles a combatir esas posibles secuelas, facilitarles el acceso al mercado laboral y mejorar su calidad de vida en general.

### **En ESMO también se ha presentado el estudio OnCovid que concluye que 1 de cada 6 pacientes con cáncer que sobrevivió a la COVID-19 desarrolló efectos secundarios persistentes. ¿Cómo está siendo el manejo de estos pacientes en la práctica clínica?**

La COVID-19 ha cambiado el tratamiento de todos los pacientes, incluidos los que sufren cáncer. En el caso del cáncer de pulmón, donde a menudo nos encontramos pacientes de edad avanzada y con comorbilidades, el SARS-CoV-2 ha sido muy agresivo. Algunos tuvieron que suspender el tratamiento, otros ajustarlo... son motivos que han supuesto implicaciones en los resultados a largo plazo de estas personas. En concreto, síntomas respiratorios,

fatiga y disfunción cognitiva o psicológica, y en algunos casos ha tenido un impacto en la supervivencia y en los resultados clínicos en el tratamiento oncológico. Sin embargo, tenemos que seguir avanzando. En la actualidad, tenemos COVID residual y quizás tenemos que intensificar

su manejo pero, afortunadamente, ya casi no se ve la infección en el día a día de las consultas.

## **La investigación en cáncer de pulmón tiene una salud excelente, con resultados positivos en tanto que estamos consiguiendo cambiar el estándar de tratamiento en diferentes escenarios clínicos**

### **Para concluir y en relación con el resto de tumores, ¿cómo se encuentran, en general, las investigaciones frente al cáncer de pulmón?**

Estas novedades que vamos teniendo en los tratamientos, en ocasiones, van a desplazar a las terapias ya existentes y otras veces a convivir con ellas. Tendremos secuencias de diferentes tratamientos, combinaciones, terapias dirigidas, inmunoterapia, hormonoterapia incorporadas en diferentes tumores en diferentes contextos... son muchas las líneas de investigación para avanzar en el manejo de los pacientes y mejorar su pronóstico. Por tanto, diría que la investigación en cáncer de pulmón tiene una salud excelente y, por fortuna, estamos viendo que es muy intensa y con resultados positivos en tanto que estamos consiguiendo cambiar el estándar de tratamiento en diferentes escenarios clínicos. Tampoco hay que olvidar que partimos de un tumor con un pronóstico muy adverso en el que, pese a que en las últimas décadas se ha avanzado bastante, fundamentalmente, fruto de un mejor conocimiento de su biología, aún queda mucho por hacer. El hecho de contar con la intensa actividad investigadora y numerosos fármacos prometedores en desarrollo nos permiten mirar al futuro con esperanza ■



esqui



PROYECTO **EGA**

# Abordaje global

de la

# zofrenia

El estudio EGA, coordinado por la Dra. Blanca Reneses, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) y Directora del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, pretende estudiar cómo se realiza el abordaje terapéutico de la esquizofrenia en nuestro país según la experiencia de los profesionales

Texto | Redacción



La esquizofrenia es un trastorno mental complejo con una expresión fenotípica variable y una etiología multifactorial aún no suficientemente esclarecida, que incluye factores genéticos y medioambientales. Clínicamente la esquizofrenia se presenta con una amplia variedad de síntomas y signos que se agrupan en torno a cinco dominios: síntomas positivos, desorganización del pensamiento, síntomas negativos, síntomas afectivos y síntomas cognitivos<sup>1,2</sup>.

Los síntomas negativos constituyen una dimensión importante en la esquizofrenia, y están presentes en la mayoría de los pacientes en mayor o menor proporción. Son discapacitantes, en la medida que limitan el funcionamiento relacional y social del paciente, y contribuyen a su aislamiento, así como a la disminución de la motivación y el espectro de intereses de la persona, mermando la calidad de vida.

El abordaje terapéutico de la esquizofrenia requiere una estrategia global en la que debe incluirse el tratamiento farmacológico y el psicosocial, considerando todas las dimensiones sintomáticas de la enfermedad y la situación funcional del paciente. El objetivo terapéutico debería ir más allá de la

**La esquizofrenia representa el 25 por ciento de las consultas para el 48 por ciento de los psiquiatras y hasta un 50 por ciento para un 35 por ciento de los mismos**

remisión sintomática y situarse en la recuperación funcional. Los datos existentes sobre los resultados de los tratamientos actualmente disponibles indican que la remisión sintomática es un objetivo realista en una parte de los pacientes, con una relativa estabilidad temporal, aunque la recuperación completa se consigue en una proporción menor de casos<sup>3,4</sup>.

Existen numerosas guías de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia<sup>5-7</sup>, pero se dispone de pocos estudios sobre la adecuación de la práctica clínica a las mismas en un territorio dado<sup>8</sup>. También son escasos los estudios de carácter observacional que permitan conocer con precisión cómo es la práctica clínica habitual para el abordaje integral de la enfermedad<sup>9-11</sup>.

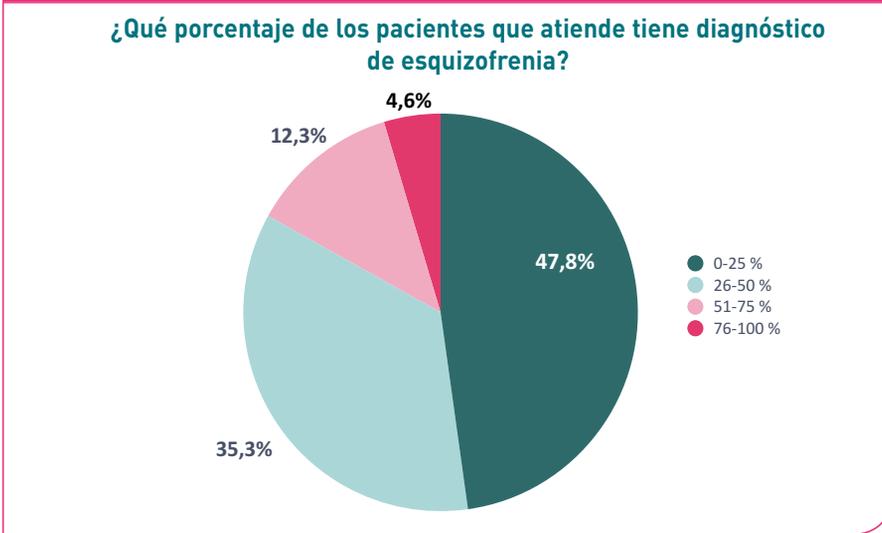
### Proyecto EGA

Con el fin de describir cómo se realiza el abordaje terapéutico de la esquizofrenia en España según la experiencia de los profesionales, se puso en marcha una encuesta transversal en todo el territorio nacional en la que participaron 496 psiquiatras distribuidos en las diferentes comunidades autónomas. La Dra. Blanca Reneses, Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, fue la coordinadora científica del proyecto, estableciendo las variables que se incluyeron en el cuestionario, revisando los resultados y las conclusiones.

Los resultados obtenidos permiten tener una aproximación de la opinión de los psiquiatras españoles sobre el abordaje terapéutico de la esquizofrenia en la práctica habitual y, especialmente, del abordaje terapéutico de los síntomas negativos y su influencia en la recuperación.

El 94 por ciento de los participantes desarrollaba su actividad en el ámbito público, principalmente a nivel ambulatorio, y la mitad de ellos atendía de promedio entre 25 y 75 pacientes al día. Más del 50 por ciento de los psiquiatras

**Figura 1:** Porcentaje de participantes en función de la proporción de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que atendía. N = 496.



encuestados manifestó que en su actividad asistencial atendía una proporción superior al 25 por ciento de pacientes con esquizofrenia (figura 1).

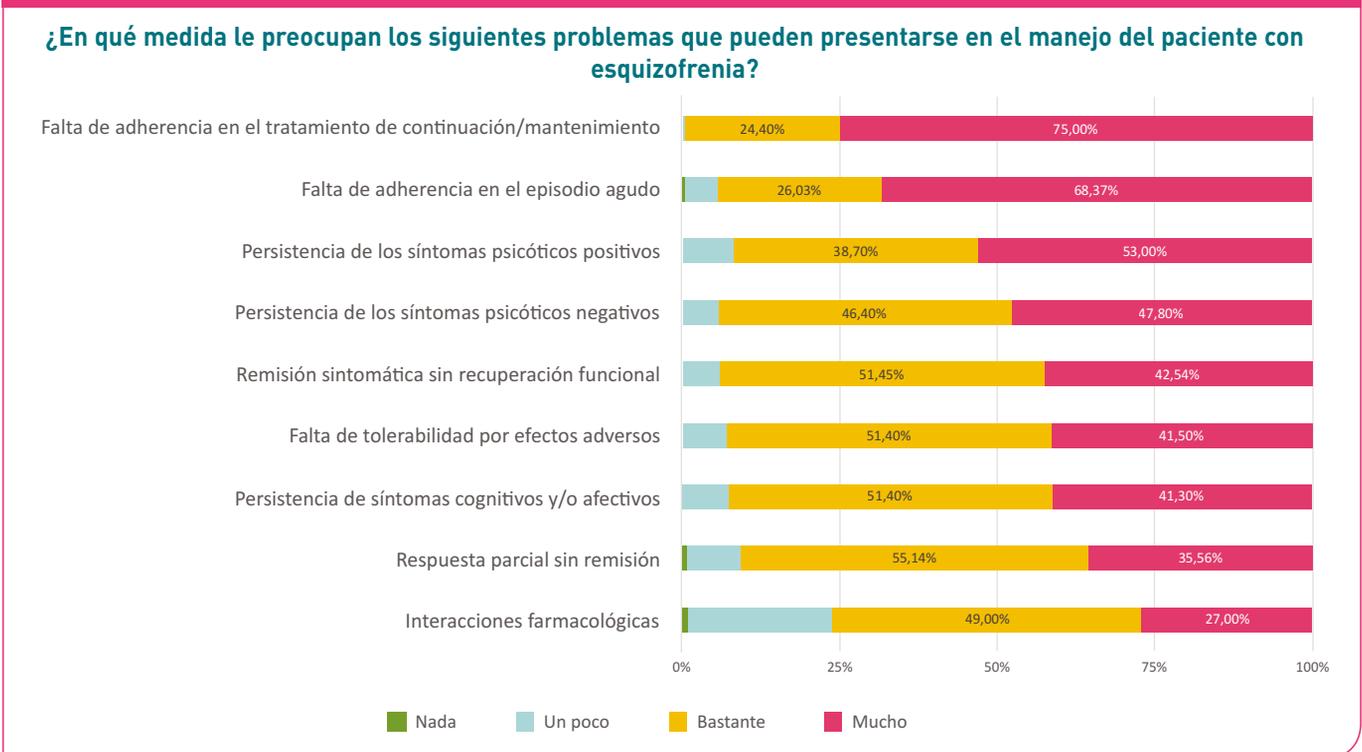
La esquizofrenia representa el 25 por ciento de las consultas para el 48 por ciento de los psiquiatras y hasta un 50 por ciento para un 35 por ciento de los mismos.

El 88 por ciento de los participantes respondió que utilizaba las guías de práctica clínica rutinariamente para el abordaje de la esquizofrenia, siendo mayoritario el uso de la Guía NICE. En cuanto a los criterios para el diagnóstico, el 53 por ciento utilizaba habitualmente la clasificación CIE-10 y el 46 por ciento la DSM-5.

En relación al tratamiento de la esquizofrenia, los problemas que más preocupaban a los encuestados eran la falta de adherencia al tratamiento, la persistencia de los síntomas positivos y negativos, y la remisión sintomática sin recuperación funcional, tal como se muestra en la figura 2.

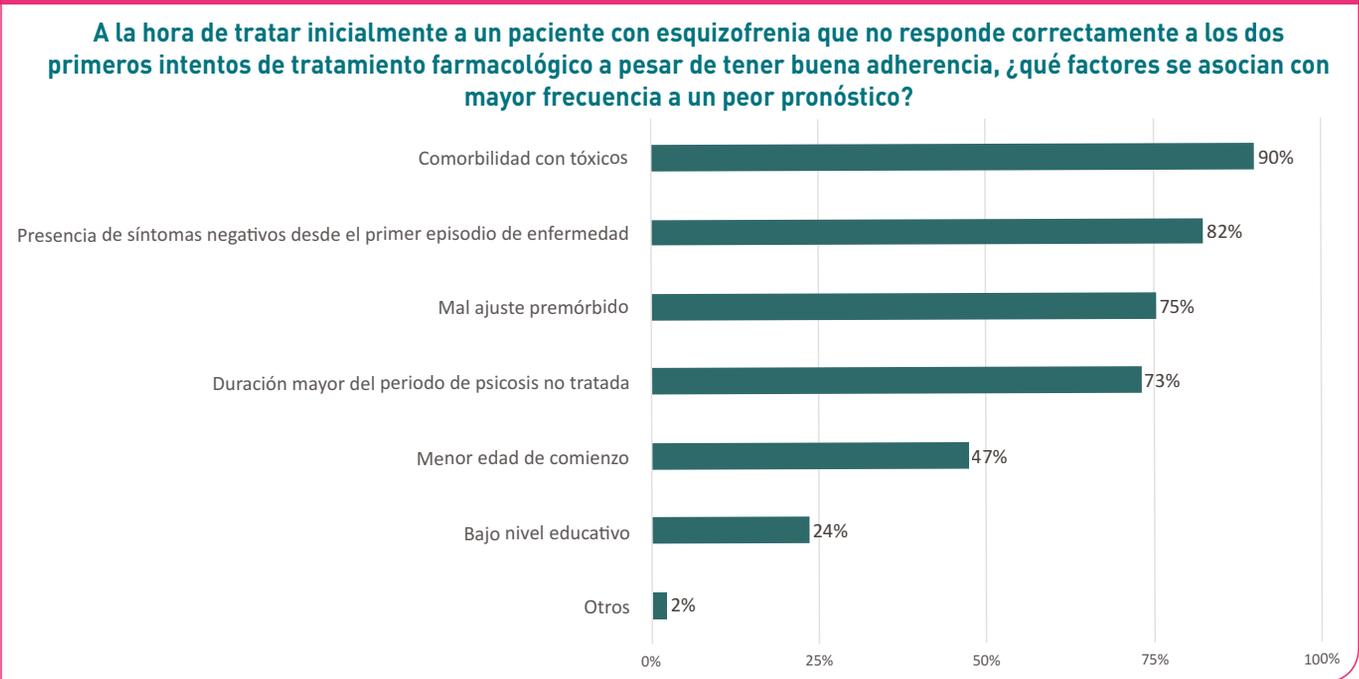
A la hora de tratar inicialmente a un paciente con esquizofrenia que no responde correctamente a los dos primeros intentos de tratamiento farmacológico a pesar de tener buena adherencia, los factores que,

**Figura 2:** Porcentaje de participantes según la preocupación que le generaban los distintos problemas relacionados con el tratamiento de la esquizofrenia listados. N = 496.





**Figura 3:** Porcentaje de participantes en función de los factores que asociaban a un peor pronóstico de la esquizofrenia a pesar de tener buena adherencia al tratamiento. N = 496. Multirrespuesta.

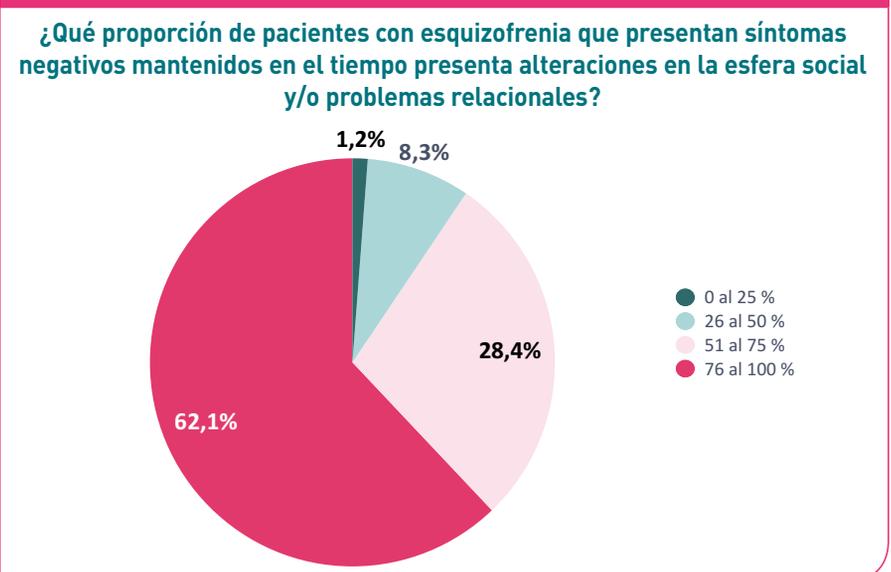


según los psiquiatras encuestados, se asociaban a un peor pronóstico eran la comorbilidad con tóxicos, la presencia de síntomas negativos desde el primer episodio de la enfermedad, el mal ajuste premórbido y la mayor duración del periodo de psicosis no tratada (figura 3).

En cuanto al impacto de los síntomas negativos de la esquizofrenia, el 62 por ciento de los participantes manifestó que más del 75 por ciento de sus pacientes que presentaba síntomas negativos mantenidos en el tiempo experimentaba alteraciones en la esfera social y/o problemas relacionales (figura 4). Así mismo, según el 73 por ciento de los encuestados, más del 75 por ciento de los pacientes con esquizofrenia y síntomas negativos tenían afectada su vida laboral (figura 5).

El 96 por ciento de los encuestados respondió que la recuperación completa era el objetivo terapéutico ante todos o casi todos sus pacientes con esquizofrenia, aunque un 58 por ciento consideró que,

**Figura 4:** Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes con esquizofrenia y síntomas negativos que presentaba alteraciones en la esfera social y/o problemas relacionales. N = 496.

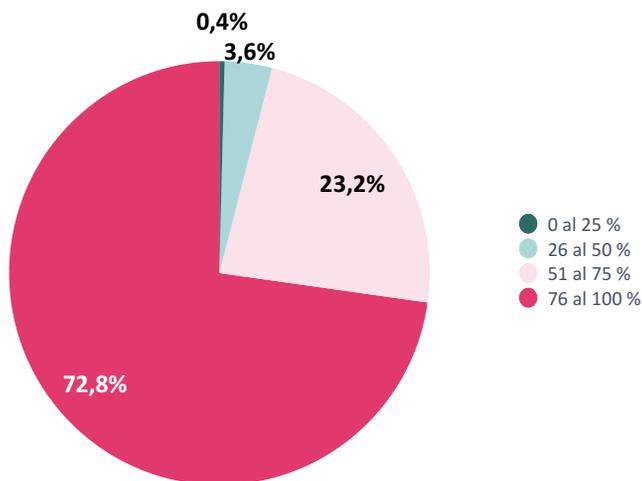


en una parte de los pacientes, puede anticiparse desde el inicio que no podrá conseguirse debido a algunas de sus características (figura 6).

Los factores que más participantes (88 por ciento) seleccionaron como más importantes, entre aquellos que los pacientes suelen mencionar como determi-

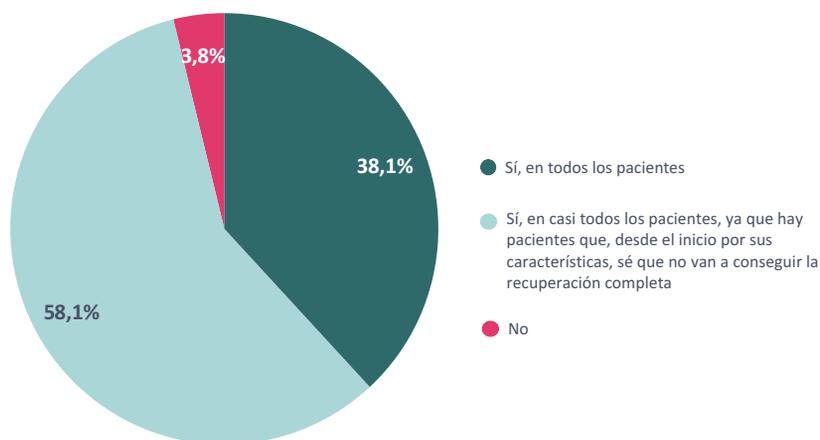
**Figura 5:** Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes con esquizofrenia y síntomas negativos en que se veía afectado su rendimiento laboral. N = 496.

**¿Qué porcentaje aproximado de pacientes con esquizofrenia y síntomas negativos ve afectado su rendimiento laboral?**



**Figura 6:** Porcentaje de participantes según su objetivo frente a la recuperación completa de la esquizofrenia. N = 496.

**¿Siempre se marca como objetivo final la recuperación completa del paciente?**



nantes de su recuperación completa, fueron: volver al funcionamiento normal en el trabajo, en la familia o en el ámbito académico (figura 7).

Los factores que más influyen en la ausencia de recuperación completa, según los encuestados, son: la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, el con-

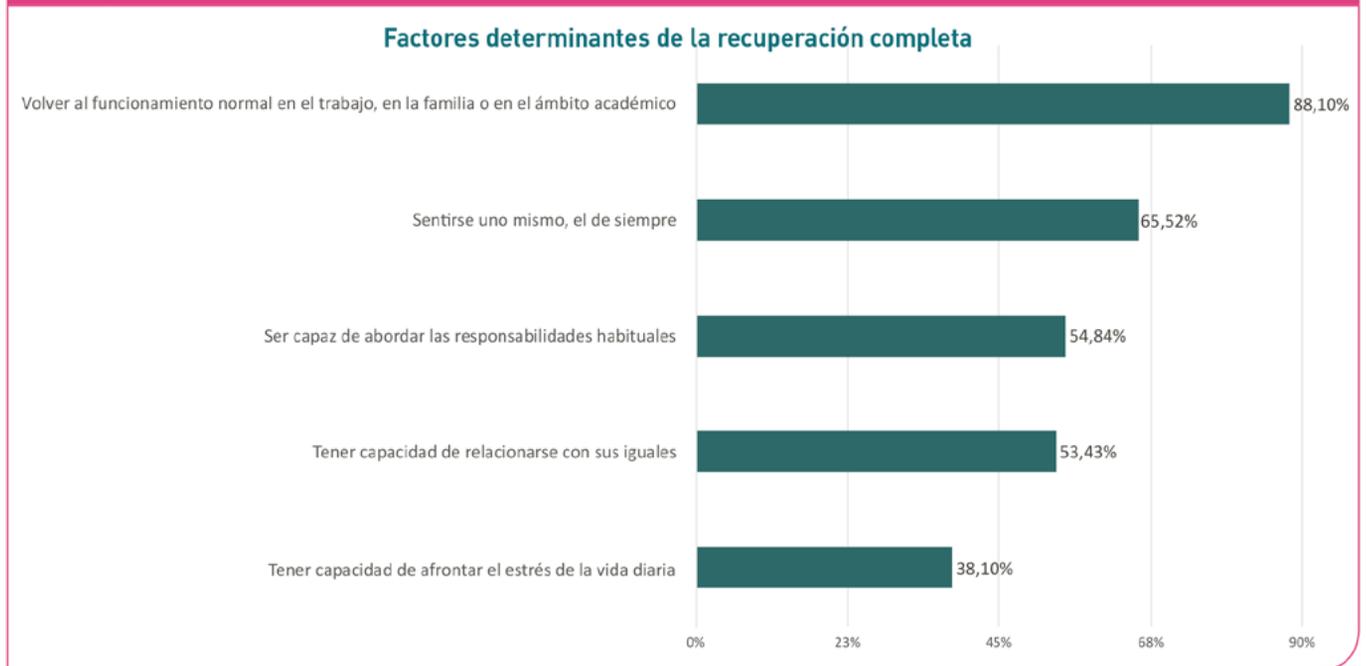


sumo de tóxicos y la presencia de comorbilidad psiquiátrica (figura 8).

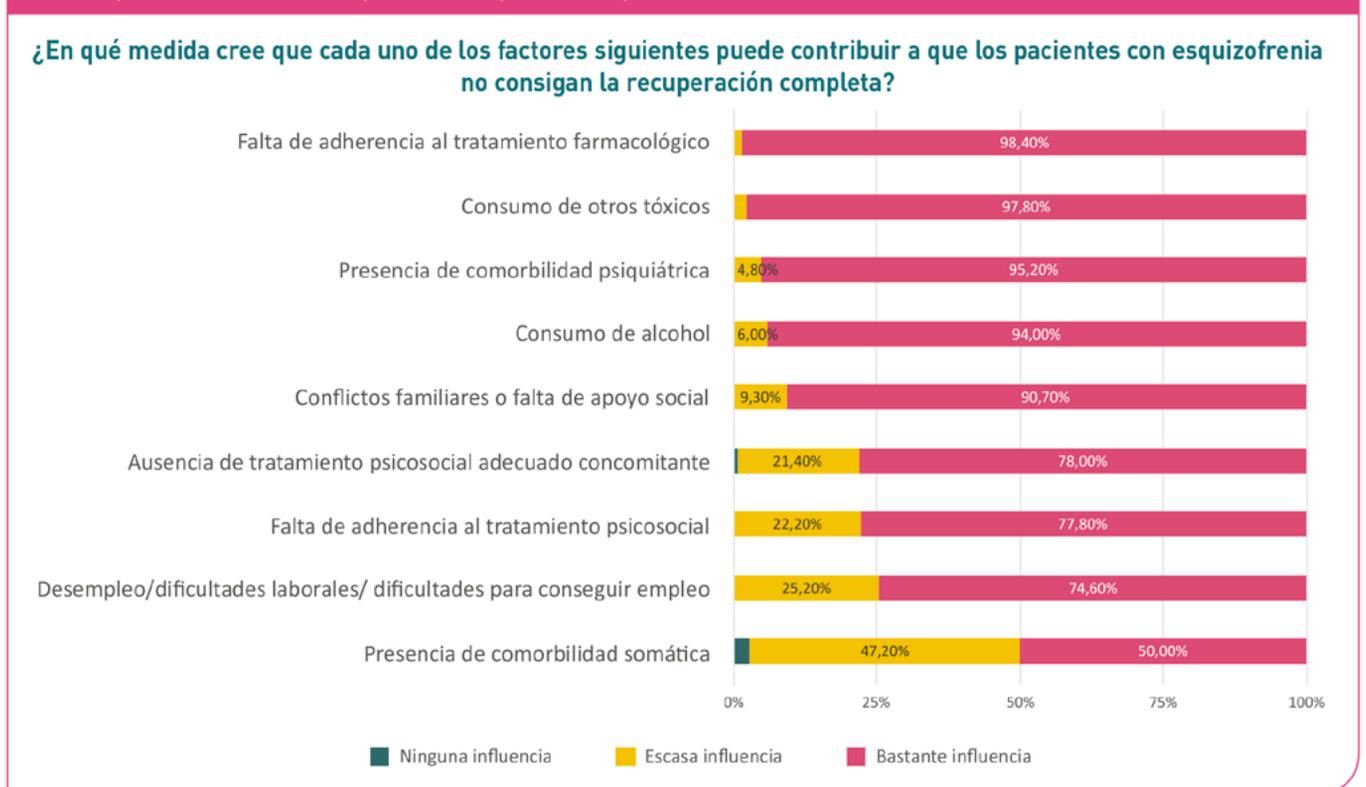
Las barreras para la recuperación completa más señaladas por los encuestados son la falta de colaboración del paciente, el mal cumplimiento terapéutico, el abandono del tratamiento por efectos adversos y el diagnóstico e inicio tardío del tratamiento (figura 9).



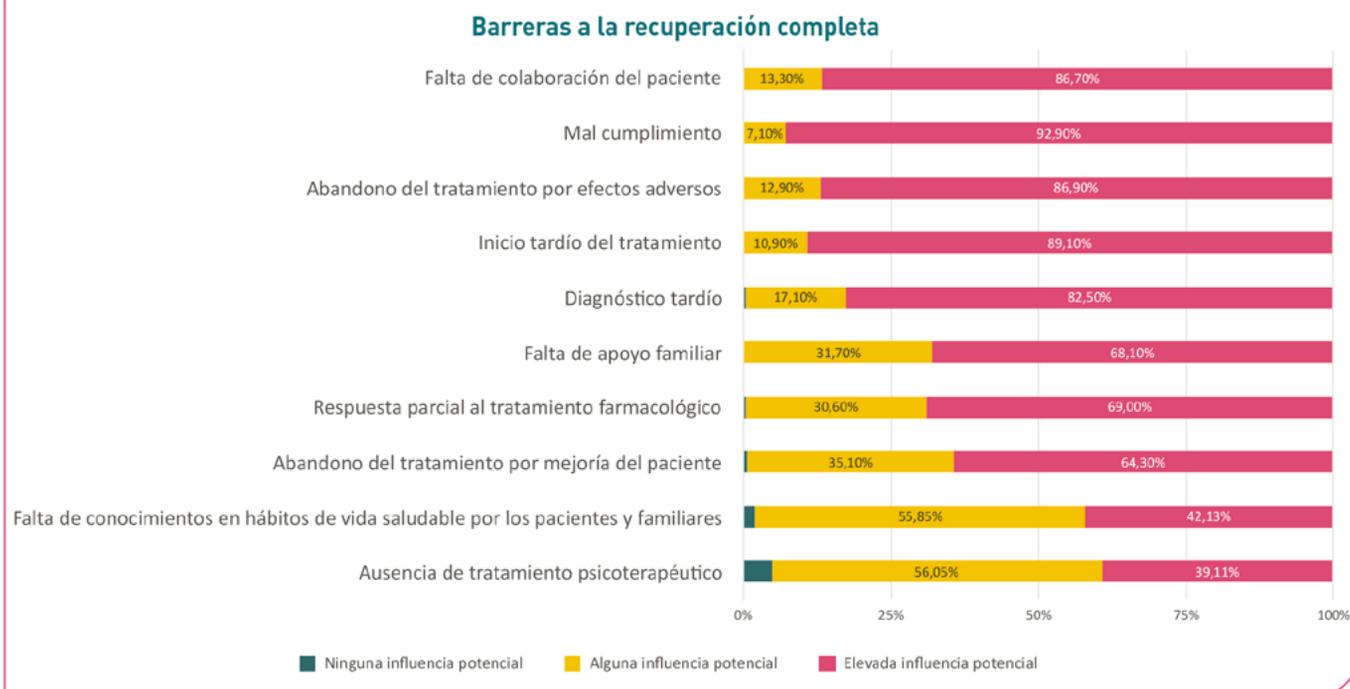
**Figura 7:** Porcentaje de participantes según los factores que creían más importantes en la recuperación completa del paciente con esquizofrenia, de un listado de factores que mencionan los pacientes como determinantes de su recuperación. N = 496. Multirrespuesta.



**Figura 8:** Porcentaje de participantes según la contribución que en su opinión tenían los distintos factores listados, relacionados con la esquizofrenia, en la no recuperación completa de los pacientes. N = 496.



**Figura 9:** Porcentaje de participantes según la influencia que otorgaban a las barreras a la recuperación completa de la esquizofrenia. N = 496.



## CONCLUSIONES

- ✓ Los participantes en el estudio manifestaron que con los tratamientos actuales muchos pacientes con esquizofrenia no alcanzan la recuperación completa.
- ✓ En opinión de los encuestados los factores que más influyen negativamente en la recuperación completa son la falta de adherencia terapéutica, el consumo de tóxicos y la comorbilidad psiquiátrica.
- ✓ Según los encuestados, cuando hay una pobre respuesta al tratamiento farmacológico inicial, los factores asociados a un peor pronóstico son el abuso de tóxicos, la presencia de síntomas negativos desde el primer episodio de enfermedad y un peor ajuste premórbido.
- ✓ Según los encuestados, el síntoma negativo más frecuente entre sus pacientes es el empobrecimiento afectivo, seguido de la apatía y la pobreza en las relaciones sociales.
- ✓ En opinión de los participantes, los síntomas negativos persistentes, a pesar del tratamiento farmacológico, influyen sobre todo en la vida laboral y social de los pacientes ■

## Bibliografía

1. Jablensky A. Diagnosis and revision of the classification systems. Gaebel W, editor. Oxford: Wiley - Blackwell; 2011.
2. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Organ. 2000;78:413-25.
3. Ciudad A, Bobes J, Alvarez E, San L, Novick D, Gilaberte I. Clinical meaningful outcomes in schizophrenia: remission and recovery. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2011 Jan;4(1):53-65.
4. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2016 May;50(5):410-72.
5. Nacional Institute for health and care excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. (Consultado: 3 de mayo de 2019). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf35109758952133>
6. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj G, Gattaz WF, et al; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia Treatmenty guidelines World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. World J Biol Psychiatry, 2015;16:142-70.
7. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj G, Gattaz WF, et al; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry, 2013;14:2-44.
8. Agius M, Agius, M. 2010. Outcome measures in psychiatry. Psychiatr Danub. 2010;22: S38-41.
9. Bollini P, Pampallona S, Nieddu S, Bianco M, Tibaldi G, Munizza C. Indicators of Conformance With Guidelines of Schizophrenia Treatment in Mental Health Services. Psychiatric Services. 2008; 59:782-91.
10. Bollini P, Pampallona S, Tibaldi G, Bianco M, Nieddu S, Munizza C. Structural and organizational determinants of quality of care in patients with schizophrenia in Italy. J Nerv Ment Dis. 2008;196(12):923-6.
11. van der Krieke L, Bird V, Leamy M, Bacon F, Dunn R, Pesola F, et al. The feasibility of implementing recovery, psychosocial and pharmacological interventions for psychosis: comparison study. Implementation Science.2015;10:73.



**saned.**  
GRUPO

El Médico  
Interactivo

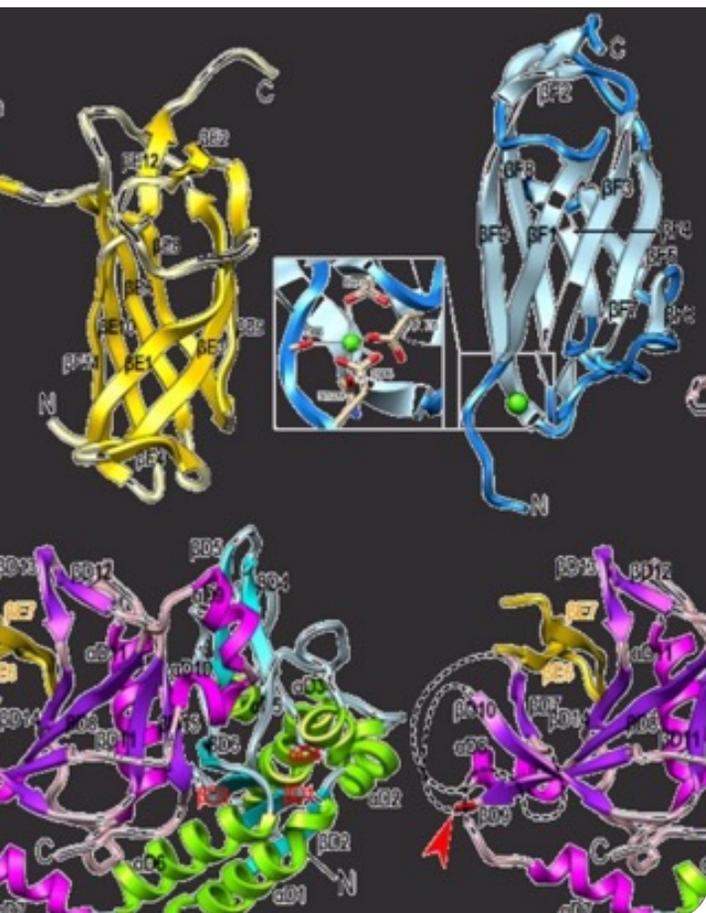
El Médico

*Desde 1981  
comunicando  
en salud*





La  
instantánea  
médica



## Científicos del CSIC descifran un mecanismo de ataque de la principal bacteria que causa la periodontitis

Un equipo liderado por científicos del Instituto de Biología Molecular de Barcelona del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IBMB-CSIC) ha descifrado un mecanismo de ataque de la principal bacteria causante de la periodontitis grave. El estudio, publicado en la revista 'PNAS', podría servir para el desarrollo de antisépticos bucales específicos que consigan acabar con esta bacteria. Los investigadores han descubierto un elemento clave del sistema de secreción de los factores de virulencia de la bacteria 'Porphyromonas gingivalis', una especie patógena del microbioma bucal humano. Esta bacteria tiene un sistema de secreción (denominado T9SS) para enviar proteínas (conocidas en lenguaje científico como proteínas de carga) al medio que la rodea, el tejido gingival que protege los dientes. Estas proteínas producidas por 'P.gingivalis' participan en la virulencia de las bacterias, la inflamación de las encías y la destrucción de tejido y, en última instancia, en la pérdida de piezas dentales en caso de periodontitis grave. El sistema de secreción estudiado por los científicos, el T9SS, tiene una enzima clave, denominada PorU, que ejecuta dos pasos esenciales para que las proteínas cargadas puedan ser secretadas de forma provechosa para la bacteria. El microbioma bucal humano está formado por más de 6.000 millones de bacterias de más de 770 especies, que son mayoritariamente comensales o mutualistas y contribuyen al mantenimiento de la homeostasis y la buena salud oral.

## España se aproxima al 80 por ciento de personas con al menos una dosis de la vacuna contra la COVID-19

Las comunidades autónomas han administrado un total de 70.153.507 dosis de las vacunas contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca y Janssen, 69.686 de ellas en las últimas 24 horas. Esto representa el 92,7 por ciento de las distribuidas, que ascienden a 75.665.711 unidades. Además, un total de 36.667.138 personas han recibido ya la pauta completa. Esto supone el 77,3 por ciento de la población española. Por otra parte, un total de 37.702.384 37.680.085 personas han recibido al menos una dosis, el 79,5 por ciento de los españoles. Los da-

tos indican que en se han entregado en España 53.616.591 dosis de Pfizer, con 49.574.016 administradas; 10.752.760 correspondientes a Moderna, con 8.841.630 ya inoculadas; 9.127.900 de AstraZeneca, con 9.775.152 inyectadas; y 2.168.460 de Janssen, con las que se ha vacunado a 1.962.709 personas. El Ministerio de Sanidad ha facilitado esta información en el informe de actividad del proceso de vacunación frente al COVID-19 en base a datos recogidos entre el 27 de diciembre de 2020, día en el que comenzaron las vacunaciones, y el 30 de septiembre.



## BioNTech comienza los estudios fase 2 de una vacuna ARNm contra el cáncer colorrectal

La compañía alemana BioNTech ha anunciado el comienzo de un ensayo clínico de fase 2 de una vacuna contra el cáncer colorrectal basada en ARNm, la misma tecnología que ha usado para su vacuna contra la COVID-19. El ensayo se ha iniciado en Estados Unidos, Alemania, España y Bélgica. Está previsto inscribir a unos 200 pacientes para evaluar la eficacia de la vacuna en comparación con la espera después de la cirugía y la quimioterapia. El ensayo de fase 2 investigará la eficacia de cevumieran autogénico como agente único en comparación con la espera vigilante estándar en esta población de pacientes de alto riesgo. El objetivo principal del estudio es la supervivencia libre de enfermedad (SLE). Los objetivos secundarios son la supervivencia sin recaída (SSR), la supervivencia global (SG) y la seguridad. El primer paciente del ensayo ha sido tratado en un centro clínico de Europa. Cevumieran autogénico es una inmunoterapia específica de neoantígenos individualizada (iNeST) y el candidato principal de la plataforma de vacunas contra el cáncer basadas en ARNm de BioNTech. Desde 2016, BioNTech ha avanzado en las vacunas contra el cáncer basadas en ARNm dirigidas a neoantígenos en colaboración con su socio Genentech, incluido el desarrollo clínico conjunto de cevumieran autogénico en un ensayo colectivo de fase 1a/1b en tumores sólidos y un estudio aleatorizado de fase 2 en pacientes con melanoma de primera línea, que se inició en 2019.

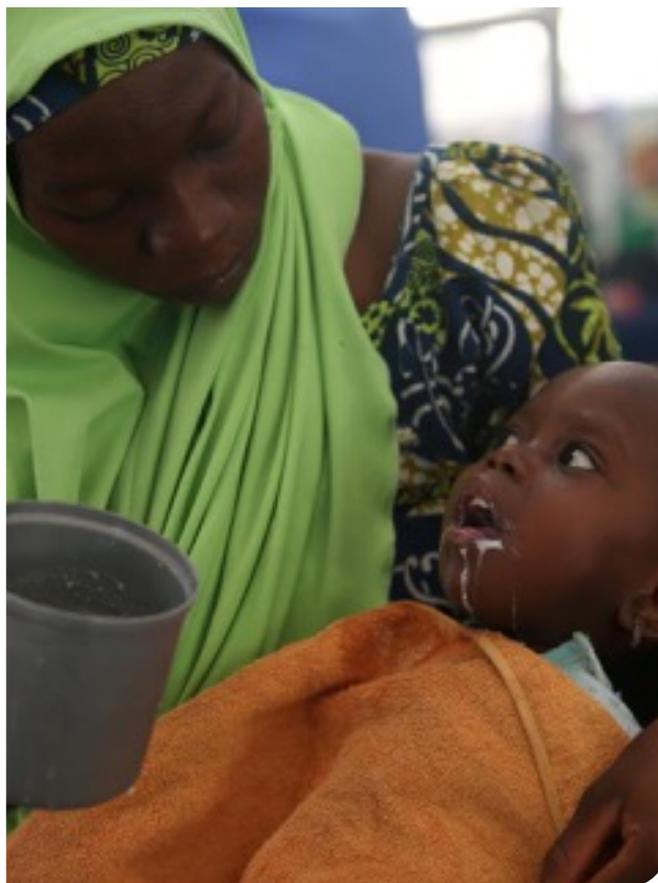


## El 50 por ciento de los pacientes con insuficiencia cardiaca tienen déficit de hierro

El 50 por ciento de los pacientes con insuficiencia cardiaca tienen déficit de hierro y, de ellos, un 30 por ciento no presentaba anemia, según ha reconocido la cardióloga del Hospital Torrecárdenas de Almería, Soraya Muñoz Troyano, dentro del VII Foro de la V Jornada Cardiovascular de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Durante su intervención, la cardióloga ha recalcado la necesidad del hierro para los procesos de obtención de energía a nivel mitocondrial y su déficit, en tejidos como el corazón, supone una alteración en la obtención de energía, en la contractilidad y favorece el remodelado cardíaco. "Es necesario realizar despistaje de déficit de hierro en los pacientes con insuficiencia cardiaca porque tenemos evidencia científica que demuestra que la reposición de hierro (con hierro carboximaltosa intravenoso), mejora la calidad de vida, grado funcional y reduce las hospitalizaciones siendo una estrategia segura y costo-efectiva", ha explicado. El estudio CONFIRM-HF es el que demuestra esa mejoría en calidad de vida, grado funcional y reducción de hospitalizaciones mientras que el estudio AFFIRM-AHF evidencia la reducción de hospitalizaciones en pacientes con insuficiencia cardiaca y déficit de hierro hospitalizados por esta causa.

#### Proyecto meningitis de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado, junto con sus socios mundiales, la primera estrategia para derrotar a la meningitis y salvar, al año, a más de 200.000 personas. Además, para 2030, pretenden acabar con las epidemias de meningitis bacteriana, la forma más mortal de la enfermedad, reducir las muertes en un 70 por ciento y reducir a la mitad el número de casos. Esta estrategia, la Hoja de ruta mundial para derrotar a la meningitis para 2030, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud y respaldada por unanimidad por los estados miembros de la OMS en 2020, fue apoyada por una amplia coalición de socios involucrados en la prevención y el control de la meningitis en un evento virtual, organizado por la OMS en Ginebra. Su objetivo es prevenir infecciones y mejorar la atención y el diagnóstico de los afectados. Durante los últimos diez años, se han producido epidemias de meningitis en todas las regiones del mundo, aunque con mayor frecuencia en el 'Cinturón de la meningitis', que se extiende por 26 países de África subsahariana. Más de 500 millones de africanos corren el riesgo de sufrir brotes de meningitis estacional, pero la enfermedad ha estado fuera del radar durante demasiado tiempo. Varias vacunas protegen contra la meningitis, incluidas las vacunas meningocócica, Haemophilus influenzae tipo b y neumocócica. Sin embargo, no todas las comunidades tienen acceso a estas vacunas que salvan vidas y muchos países aún no las han introducido en sus programas nacionales.



#### Vacuna COVID-19 y embarazo

Una nueva investigación de la Facultad de Medicina Grossman de la Universidad de Nueva York, en Estados Unidos, ha demostrado que las mujeres que reciben durante el embarazo la vacuna de ARNm contra la COVID-19, de Pfizer/BioNTech o Moderna, transmiten altos niveles de anticuerpos a sus hijos antes del nacimiento. La eficacia de las vacunas COVID-19 de ARNm, dicen los investigadores, radica en su capacidad para desencadenar la producción de los anticuerpos correctos, proteínas sanguíneas capaces de proteger a las personas de las infecciones. El estudio, publicado en 'American Journal of Obstetrics & Gynecology-Maternal-Fetal Medicine', fue realizado en 36 recién nacidos cuyas madres recibieron una de estas vacunas durante el embarazo. El resultado encontró que el 100 por ciento de los bebés tenían anticuerpos protectores al nacer. Los altos niveles de transferencia de anticuerpos transplacentarios no son sorprendentes. Es consistente con lo que vemos con otras vacunas. Nuestros hallazgos se suman a una lista cada vez mayor de razones importantes por las que se debe recomendar a las mujeres que reciban la vacuna COVID-19 durante el embarazo para el beneficio adicional de que su recién nacido reciba una protección crucial.



## Uso de remdesivir en la COVID-19

El tratamiento con remdesivir reduce significativamente el riesgo de hospitalización y muerte en pacientes de alto riesgo con COVID-19. Concretamente en un 87 por ciento, lo que confirma este tratamiento como una herramienta para ayudar a frenar la progresión de la enfermedad. El estudio de fase 3 aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo evaluaba la eficacia y seguridad de un ciclo de tres días con remdesivir intravenoso para el tratamiento de pacientes con COVID-19 no hospitalizados y con alto riesgo de progresión de la enfermedad. Los resultados también mostraron una reducción del 81% en el criterio de valoración secundario, es decir en visitas médicas debido a COVID-19 o muerte por cualquier causa el día 28 para los participantes tratados con remdesivir en comparación con placebo. En el estudio, no se observaron muertes en ninguno de los brazos el día 28. Los resultados complementan los datos positivos ya obtenidos en estudios como el ACTT-1, así como en otros realizados en pacientes hospitalizados en los que remdesivir ayudó a una recuperación significativamente más rápida y redujo la probabilidad de progresión de la enfermedad.

## Ventajas del ayuno intermitente

Ingerir las calorías diarias dentro de una ventana consistente de 8 a 10 horas es una estrategia poderosa para prevenir y controlar enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades del corazón, según un nuevo estudio multicéntrico publicado en la revista de la Sociedad Endocrina norteamericana, 'Endocrine Reviews'. La alimentación restringida es un tipo de ayuno intermitente que limita la ingesta de alimentos a un determinado número de horas al día, una de las tendencias dietéticas más populares actualmente para perder peso, mejorar su salud y simplificar el estilo de vida. Según asegura, "el ayuno intermitente puede mejorar el sueño y la calidad de vida de una persona, así como reducir el riesgo de obesidad, diabetes y enfermedades cardíacas". Investigaciones recientes han revelado que los genes, las hormonas y el metabolismo aumentan y disminuyen en diferentes momentos de las 24 horas del día. Alinear nuestro hábito diario de cuándo comemos con el reloj interno del cuerpo puede optimizar la salud y reducir el riesgo o la carga de enfermedades crónicas como la diabetes, las cardiopatías y las enfermedades hepáticas. El ayuno intermitente es un estilo de vida que cualquiera puede adoptar. Puede ayudar a eliminar las disparidades en materia de salud y permite a todo el mundo llevar una vida sana y satisfactoria.





# ATERINA

## SULODEXIDA

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro": 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinita A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinita A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "exento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ); frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ); poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ); raras ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ); muy raras ( $< 1/10.000$ ); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso: Poco frecuentes:** Cefalea. **Muy raras:** Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto: Frecuentes:** Vértigo. **Trastornos gastrointestinales: Frecuentes:** Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. **Poco frecuentes:** Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. **Muy raras:** Hemorragia gástrica. **Frecuencia no conocida:** Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Frecuentes:** Erupción. **Poco frecuentes:** Eczema, eritema, urticaria. **Frecuencia no conocida:** Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Muy raras:** Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático: Frecuencia no conocida:** Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Frecuencia no conocida:** Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Frecuencia no conocida:** Asma. **Trastornos renales y urinarios: Frecuencia no conocida:** Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares: Frecuencia no conocida:** Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: [www.notificaram.es](http://www.notificaram.es). **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes: Contenido de la cápsula:** Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. **Componentes de la cápsula:** Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinita A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP<sub>IVA</sub>:** 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.

1. Carroll BJ, et al. *Sulodexide in venous disease*. J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38.

**ALFASIGMA**   
es.alfasigma.com