SENADO
XIV LEGISLATURA
REGISTRO GENERAL
ENTRADA 45.904
06/08/2020 18:42

SECRETARIA DE ESTADO DE
RELACIONES CON LAS CORTES Y
ASUNTOS CONSTITUCIONALES

RESPUESTA DEL GOBIERNO

(684) PREGUNTA ESCRITA SENADO

684/16738 **31/05/2020** **33517**

AUTOR/A: ARANDA LASSA, José Manuel (GPP); ROMÁN JASANADA, Antonio (GPP); ARRIBA SÁNCHEZ, Bienvenido de (GPP); FERNÁNDEZ PÉREZ, Francisco José (GPP); RODRÍGUEZ CALLEJA, Patricia (GPP); SANZ JERÓNIMO, Paloma Inés (GPP); MORENO PALANQUES, Rubén Fausto (GPP)

RESPUESTA:

El Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad, ha facilitado datos de pruebas diagnósticas realizadas, conforme los notificaban las autonomías, diferenciando entre número de PCRs y test rápidos AC.

Tal y como ha señalado el Ministro de Sanidad en distintas comparecencias ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, el Gobierno está trabajando en habilitar una reserva estratégica de materiales, tanto a nivel autonómico como a nivel nacional.

Con objeto de disponer de esta reserva estratégica a nivel nacional, que garantice una rápida respuesta ante posibles nuevas ondas epidémicas del COVID-19, se ha realizado, por parte del Ministerio de Sanidad, una estimación de productos críticos precisos para cubrir las necesidades de material sanitario.

Por otra parte, gracias al trabajo realizado a lo largo de estas semanas, se ha regularizado la llegada sistemática y la distribución a los diferentes territorios de productos sanitarios y de diversos elementos de protección individual.

Cabe recordar que esta reserva estratégica es uno de los indicadores de capacidad del sistema sanitario establecido para el paso de fase en el Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Es decir, el propio Plan plantea cuatro pilares que las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla deben cumplir para garantizar el correcto desarrollo de la desescalada y prepararse para posibles rebrotes.

El contar con un stock más que suficiente de estos suministros es una decisión indispensable ante un posible rebrote de la pandemia por coronavirus, ahora o en otoño y una exigencia del Ministerio de Sanidad para cambiar de fase y rebajar las restricciones de movilidad, junto a otros criterios como capacidad de hacer PCR en Atención Primaria y controles epidemiológicos para hacer seguimiento de posibles contagios de cada caso o capacidad de ingresos hospitalarios, entre otros requisitos imprescindibles.

Las necesidades de información durante la gestión de una epidemia dependen de muchos factores, algunos de ellos cambiantes a lo largo del tiempo. Estos factores podemos resumirlos en tres grupos: aquellos que afectan a la definición de caso de interés (confirmado, sospechoso, …), los que afectan a la oportunidad de la información (tiempos entre infección, inicio de síntomas, acceso al sistema sanitario, diagnóstico y notificación) y los asociados a la fase de la epidemia en que nos encontremos.

Si además estamos ante una pandemia, es necesario adaptarse a criterios internacionales comunes que influyen en los nacionales. Por ello, a lo largo de la epidemia, se ha solicitado a las Comunidades Autónomas la información epidemiológica que se consideraba necesaria para abordar la respuesta al COVID-19.

Una vez que se pasó de la fase de contención a la de mitigación, coincidiendo con la entrada en vigor del estado de alarma, el día 15 de marzo, se publicó una Orden indicando los datos que las comunidades tenían que comunicar diariamente al Ministerio de Sanidad (casos confirmados, casos hospitalizados, casos ingresados en UCIs…).

Posteriormente, con la disponibilidad de las pruebas serológicas para el diagnóstico, se ajustaron esos indicadores epidemiológicos, para diferenciar entre casos sintomáticos y asintomáticos confirmados, y por tipo de prueba, diferenciando entre diagnosticados por PCR o por test rápido, porque hasta ese momento no se habían usado estos test, y porque la información que aporta una u otra prueba, es distinta. Por tanto, también en relación a los datos, hemos actuado siempre siguiendo criterios técnicos y sanitarios.

Y a partir del 11 de mayo, ya en fase de desescalada, el objetivo de la vigilancia se centra en la detección más precoz posible que permita una respuesta rápida y la contención más local posible de los casos y brotes, reduciendo los riesgos de diseminación inadvertida del virus. Este cambio de fase y de objetivos se ha acompañado de la nueva estrategia de vigilancia y detección precoz, que ha introducido nuevos indicadores, porque la información que se requiere es otra. Por eso, lo que se está pidiendo a las Comunidades, además de los casos confirmados y hospitalizados, es:

– Los casos sospechosos que se detectan.

– A cuántos de ellos se les realiza PCR.

– Indicadores referidos a fecha de inicio de los síntomas de los casos, porque indican los casos recientes, la fecha de consulta, la de diagnóstico y la de aislamiento del caso.

– Información sobre el número de contactos y cuántos de ellos inician síntomas, lo que permite saber si las cadenas de transmisión están identificadas y controladas, o no.

Además, se les pide que la información se introduzca mediante las fichas individualizadas del Sistema para la Vigilancia en España, el conocido como SIVIEs, diariamente. Y no mediante datos acumulados como en las fases iniciales de la pandemia.

Todo ello, con el objetivo de detectar de forma precoz cualquier incremento de casos sospechosos o nuevos casos confirmados que pudiera producirse, para poder actuar con la mayor celeridad.

A partir del 11 de mayo se ha pasado de obtener la información de las tablas con datos agregados que proporcionaban las Comunidades Autónomas, a obtenerla a través de las fichas individualizadas, de cada caso, que las Comunidades deben introducir en el SIVIEs.

Esto es así por dos razones:

– La primera, porque en los momentos más críticos de la pandemia, muchas de las Comunidades Autónomas (CCAA) no tenían capacidad para enviar la información de forma individualizada.

– Y la segunda, porque ahora, además de que tienen capacidad de hacerlo, necesitamos que las CCAA hagan este esfuerzo para articular un buen sistema de detección precoz, que es fundamental para la desescalada.

Adicionalmente, se indica que los informes del Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), recogen las defunciones totales notificadas por los Registros Civiles a través de Instituto Nacional de Estadística (INE), no solo por COVID-19. El sistema MoMo incluye, por lo tanto, defunciones por todas las causas de fallecimiento, y la información no está desagregada por causas. El exceso de muertes puede deberse a causas directas, por motivo de la enfermedad que causa la epidemia, o por causas indirectas. Por tanto, para una correcta interpretación de las estimaciones que ofrece MoMo hay que tener en cuenta todos estos

factores que pueden contribuir a la mortalidad directa e indirecta, además de los cambios en la estructura social, las modificaciones en la actividad del sistema sanitario, así como las posibles alteraciones en los sistemas de notificación de fallecidos, entre otros factores

Por último se indica que se puede consultar en la página web del Ministerio de Sanidad la Estrategia de diagnóstico con los anexos de comunicación de datos:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

Madrid, 06 de agosto de 2020