



SANIDAD Y SOCIEDAD | N° 1224. Enero-Febrero 2022

## REPORTAJES

2021, todas las claves sanitarias

Atención Primaria, modesta estrella de unos presupuestos sanitarios al alza

Vacunas españolas en la carrera contra el coronavirus



## One Health: a por una sola salud en todo el planeta

## ENTREVISTA

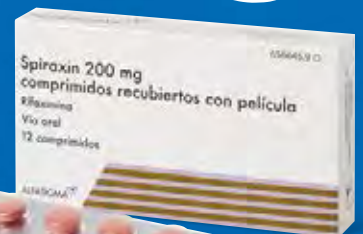
**Antonio Piñero Bustamante**  
Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología



# SPIRAXIN

Rifaximina- $\alpha$

## *Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular*



Financiado por el SNS

# SUMARIO

## EN PORTADA



### One Health: a por una sola salud en todo el planeta

La salud humana y la salud animal están relacionadas entre sí y con el ecosistema en el cual coexisten. Y este es un hecho que, si bien siempre ha sido así, ha quedado totalmente patente con la pandemia de la COVID-19. Fue a principios del año 2000 cuando se introdujo el concepto One Health para abordar los riesgos para la Salud Pública desde un enfoque multidisciplinar.

6

## REPORTAJES



2021, el año de las vacunas, pero no del fin de la pandemia

16



Atención Primaria, modesta estrella de unos presupuestos sanitarios al alza

34

## ENTREVISTAS



**Antonio Piñero Bustamante**  
Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología

12



**María del Rocío Hernández**  
Vocal por Andalucía de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

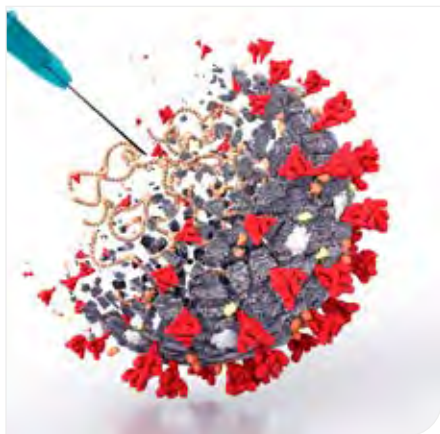
22



**Rafael López Iglesias**  
Miembro de la Junta Directiva de SEDISA

28

## REPORTAJES



**Vacunas españolas en la carrera  
contra el coronavirus**

**42**



**PROYECTO MEJORÉ. Manejo de  
la disfunción eréctil**

**46**

## HISTORIA DE LA MEDICINA



**La prueba del Congreso**

**54**

## OTROS TEMAS

**Documento 58**

**Fue Noticia 70**

**Instantánea Médica 76**

## 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:* Pedro Pérez

*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,  
N. Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Ánge-  
les Huertas, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara  
Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín,  
Esther Murillo, María García.

*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 2022. 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 Re-  
prográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o  
escanear algún fragmento de esta obra.



Disfruta de un renting completo y flexible  
con tu seguro de coche.



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar,  
con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | 900 82 20 82  
en: [www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

*Servicio prestado por ALD Automotive*



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







# One Health:

a por una sola salud  
en todo  
el planeta

La salud humana y la salud animal están relacionadas entre sí y con el ecosistema en el cual coexisten. Y este es un hecho que, si bien siempre ha sido así, ha quedado totalmente patente con la pandemia de la COVID-19.

Texto  María García San Narciso



## REPORTAJE DE PORTADA

# One Health: a por una sola salud en todo el planeta

Fue a principios del año 2000 cuando se introdujo el concepto One Health, o Una Sola Salud, para abordar los riesgos para la Salud Pública, acentuados por la globalización y el cambio climático, desde un enfoque multidisciplinar.

Dos décadas más tarde, a finales de 2021, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebraron una nueva definición de One Health. El nuevo concepto recogía que este enfoque “integrado y unificador pretende equilibrar y optimizar de forma sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas”.

También reconocía que la salud de las personas, los animales domésticos y salvajes, las plantas y el medio ambiente en general “están estrechamente vinculados y son interdependientes”.

Con esta definición se instaba a sectores, disciplinas y comunidades de la sociedad a “trabajar juntos con el fin de fomentar el bienestar y hacer frente a las amenazas a la salud y los ecosistemas”, al tiempo que se aborda “la necesidad colectiva de agua, energía y aire limpios, alimentos seguros y nutritivos, se actúa sobre el cambio climático y se contribuye al desarrollo sostenible”.

### Movimiento global de las personas

“La salud de las personas, desde siempre, ha estado vinculada a la de los animales y del medio ambiente. Sin embargo, este vínculo se ha ido estrechando conforme ha ido pasando el tiempo y, de forma muy importante, desde mediados del siglo XX, en

el que el gran avance científico y tecnológico ha ido transformando nuestras sociedades y, por consiguiente, el mundo en el que vivimos”, asegura Maite Martín, decana de la Facultad de Veterinaria de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y presidenta de la plataforma One Health.

“Ahora somos muchas más personas –prosigue–. Nos movemos más y más lejos, viajamos más rápido, desarrollamos una intensa actividad industrial, productiva y comercial, utilizamos más recursos naturales, consumimos más, generamos más recursos... Y todo ello, obviamente, tiene un impacto negativo en nuestro planeta”.

De ahí, explica, se derivan fenómenos como el cambio climático, la pérdida de la biodiversidad y la degradación de los

sistemas naturales. Nuestra propia actividad está provocando la aparición de enfermedades emergentes como consecuencia del mayor contacto entre la vida silvestre, los animales de abasto, y los humanos.

### Más riesgo de zoonosis

Porque que las poblaciones humanas crezcan implica que se expandan a nuevas áreas geográficas. Esto hace que estén en contacto estrecho con animales, que juegan un papel importante en la vida de las personas, ya sea como alimento, medios de subsistencia, deporte o mascotas. El contacto cercano con ellos y su entorno hace más probable que las enfermedades se transmitan de unos a otros.

Al mismo tiempo, que el mundo esté cada vez más interconectado implica que el brote de una enfermedad infecciosa en un país pase a ser preocupante para el mundo entero. “Los virus saltan de unos a otros con la suficiente facilidad como para que

pueda ser un tema de preocupación”, asegura Matilde Cañelles, científica del CSIC.

“La difusión de estas enfermedades emergentes se ve muy favorecida por esa creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países y la intensa movilidad de personas y animales que hay, así como la concentración de la población en las zonas urbanas”, apunta por su parte Martín.

Esto es algo que hemos aprendido con la pandemia de la COVID-19. La pandemia tiene un origen zoonótico: fue transmitida de los animales a los humanos en una ciudad en China. En poco tiempo, prácticamente todos los países del planeta se vieron afectados.

En este sentido, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han publicado recientemente una guía para abordar las zoonosis (enfermedades que pueden transmitirse de los animales al ser humano) desde esta perspectiva de colaboración.

La aparición de las zoonosis representa a día de hoy un grave problema para la salud humana. Los cambios que ha experimentado el clima y el uso de la tierra, como la deforestación y las prácticas agrícolas intensivas, son culpables de muchos de los efectos negativos para el medio ambiente.

Tal y como aseguran las expertas, uno de los mayores impactos es la pérdida del hábitat de millones de especies, que buscan nuevos nichos cada vez más cerca de las personas. De esta forma, entran en contacto con ellas y aumentan así el riesgo de estas enfermedades.

### Más riesgo de pandemias en el futuro

Por todo, “el riesgo de pandemias en el futuro es más elevado. La Plataforma Inter-



gubernamental Científico-normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas estima en estos momentos que más de un millón y medio de virus permanecen contenidos en la fauna silvestre, de los cuales 800.000 tienen potencial para infectar a los humanos. Por eso ya se ha dicho que las pandemias serán más frecuentes en el futuro y pueden ser más mortales”, asegura Martín.

Según la Organización Mundial de la Salud, al menos el 61 por ciento de los patógenos humanos son zoonóticos y suponen el 75 por ciento de todos los patógenos emergentes durante esta última década. Además, se han descrito más de 250 enfermedades zoonóticas.

En total, se calcula que las zoonosis endémicas son responsables de más de mil millones de casos de enfermedad en personas de todo el planeta y de millones de muertes cada año. El SARS-CoV-2 es una muestra paradigmática de ello.

### Actividades más sostenibles

El Instituto Internacional de Investigación Ganadera (ILRI, por sus siglas en inglés) lleva mucho tiempo defendiendo el enfoque One Health en la producción ganadera sostenible para mejorar la salud de personas, animales y medio ambiente.

La ganadería intensiva también se ha asociado con un impacto negativo en el medio ambiente y en la seguridad humana. Según la FAO, genera más gases de efecto invernadero que el sector transporte. Además, tiene efectos en la deforestación, un gran consumo de agua y contaminación del suelo. Con todo, la presidenta de la Plataforma One Health recalca que no es la única industria que contribuye al cambio climático, sino que todas las actividades humanas están implicadas.

“El quid es cómo conseguir que toda esa actividad que desarrollamos sea lo más





## REPORTAJE DE PORTADA

# One Health: a por una sola salud en todo el planeta

sostenible posible”, indica. Y ahí, señala, no queda otra que los distintos países lleguen a consensos para cambiar las prioridades de cara a reducir el impacto que, en conjunto, estamos teniendo en nuestro entorno.

También supone un reto bajo el enfoque de Una Sola Salud el garantizar alimentos seguros a una población cada vez más numerosa. Los animales enfermos y el entorno deteriorado afectan la seguridad de los alimentos, lo que tiene consecuencias para la salud humana.

### Resistencia antimicrobiana

El ‘Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos’ también se hace bajo el enfoque One Health en el sentido en que abor-

da el problema desde la salud humana y animal.

La resistencia antimicrobiana es uno de los grandes problemas a los que se enfrentan los responsables en este siglo. Y frente a él, el concepto de Una Sola Salud es indispensable. “Ha sido declarada casi como la siguiente pandemia que nos vamos a encontrar”, asegura Sara Soto, *associate research professor* en la Universitat de Barcelona y directora del Programa de Infecciones Víricas y Bacterianas en el Instituto de Salud Global Barcelona (ISGlobal).

A nivel clínico y, sobre todo, bacteriano, los responsables están viendo cómo las personas se vuelven resistentes a todos los antibióticos que se usan como tratamientos. En un artículo publicado en la web de IS-

Global, Soto recuerda que “en la mayoría de los casos, los antimicrobianos usados en veterinaria y en salud humana pertenecen a las mismas familias y comparten similares mecanismos de acción, lo que incrementa los riesgos de transmisión de bacterias resistentes entre

el ser humano y los animales a través de la cadena alimenticia o por otras vías de contacto (heces, contacto directo, etc.)”.

“Es muy preocupante que algunos de los antimicrobianos que se utilizan ampliamente en animales son aquellos que se preservan para los casos más difíciles en la clínica humana, como la colistina, para los cuales se han detectado mecanismos de resistencia transferibles en bacterias de origen humano y animal diseminadas por numerosos países de distintos continentes”, señalaba.

“El problema es tan grave que ha sido declarado uno de los tres problemas más importantes por la Organización Mundial de la Salud. Se ha visto que, si no se hace nada, en el 2050 habrá más muertes por infecciones de bacterias resistentes que por cáncer. Y, a nivel del mundo desarrollado, el cáncer es ya casi una epidemia a día de hoy”, añade a la Revista EL MÉDICO la directora del Programa de Infecciones Víricas y Bacterianas del ISGlobal.

La experta asegura que la solución pasa por invertir dinero en investigación y, sobre todo, en la búsqueda de nuevos antimicrobianos. “Necesitamos algo totalmente nuevo. Los últimos que se han hecho han sido derivados de lo que ya había. Pero, al

**Se calcula que las zoonosis endémicas son responsables de más de mil millones de casos de enfermedad en personas de todo el planeta y de millones de muertes cada año**



final, las bacterias reconocen el núcleo común y se hacen resistentes”, explica.

Señala que otro problema es que las farmacéuticas han dejado de invertir en antibióticos porque no es rentable. “El desarrollo de un antibiótico puede llevar entre 10 y 15 años y suponer hasta 8 millones de euros para encontrar uno”, señala. Además, su tratamiento dura una semana o 10 días máximo, por lo que no es rentable en comparación con los que se usan frente al cáncer o enfermedades cardiovasculares que son crónicas. En este sentido, Reino Unido ha empezado a hacer un nuevo sistema de incentivos para que las industrias farmacéuticas inviertan en la investigación de antibióticos.

“Con One Health hay una parte muy importante de educar. Hasta ahora todo esto viene porque se ha utilizado mal y se ha abusado mucho de los antibióticos”, añade. En España ocurrió antes de que se regularizara las prescripciones de estos con receta. También en la ganadería se utilizaron como agentes preventivos de la enfermedad y como ‘promotores del crecimiento’.

Con todo, Martín recuerda que, según la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), el consumo de antibióticos en la salud humana descendió un 11,8 por ciento entre 2015 y 2019. En el caso de antibióticos de uso veterinarios, lo hizo un 58,8 por ciento.

### ¿Estamos a tiempo?

Matilde Cañelles asegura que la iniciativa One Health llega algo tarde, pero es necesaria. “Es algo en lo que se lleva insistiendo mucho tiempo. Pero como nos pasa como humanidad, hasta que no tenemos una

## ESPAÑA TAMBIÉN PARTICIPA DE LA ESTRUCTURA ONE HEALTH

**E**spaña es consciente de este problema. Precisamente, en noviembre de 2021, la ministra de Sanidad, Carolina Darias, ha señalado el enfoque One Health, la arquitectura multilateral y la perspectiva sindémica como claves que definirán la respuesta a futuras amenazas globales para la salud como la pandemia provocada por el SARS-CoV-2.

También se aprobó el Plan Estratégico de Salud y Medioambiente, que hace hincapié en lo “poco práctico” que es “aislar la salud humana de otras áreas como la seguridad alimentaria, la zoonosis, la microbiología y resistencia a antibióticos, la virología, la ecología, etc.”

“Por ejemplo, para prevenir y detectar brotes de zoonosis y responder ante ellos, los distintos sectores deberían salvaguardar la integridad y salud de los ecosistemas naturales y seminaturales, compartir los datos epidemiológicos y de laboratorio y los gobernantes responder de manera conjunta a estos problemas que raramente entienden de fronteras. Es por ello por lo que el Plan pretende analizar estos factores y plantear medidas interrelacionadas que busquen respuestas en común”, asegura el texto.

gran crisis no nos preocupamos realmente por un problema. No se suele hacer caso a los científicos cuando alertan de la posibilidad”, afirma la inmunóloga, que lamenta que no se hayan tomado medidas antes.

Asegura que este cambio “nos va a venir muy bien en el futuro”. “Realmente necesitamos tomar las decisiones en conjunto y no desde un solo ángulo. Es algo que hemos aprendido con la pandemia”, afirma.

“Es evidente que hoy en día, la red de interacciones entre humanos animales y medio ambiente es muy importante, de forma que lo que sucede a uno afecta inmediatamente a todos. Por eso es en estos momentos tan difícil el preservar la salud de la población y es por eso tan importante adoptar desde ya este enfoque holístico de la salud que promue-

ve One Health”, asegura por su parte Maite Martín.

“Porque -prosigue- únicamente considerando todos los diferentes factores que condicionan el estado de salud de la población, incluyendo también a los factores económicos, sociales y culturales, podremos llegar a ser capaces de encontrar las mejores soluciones posibles para estar mejor preparados para hacer frente a los importantes retos sanitarios actuales y futuros”.

Para Sara Soto, aunque el planeta se enfrenta a problemas como la crisis climática, las resistencias antimicrobianas y otras pandemias, aún estamos a tiempo de paliarlos “con una buena campaña de concienciación” y “si se aúnan esfuerzos”.

“Lo más bonito de la ciencia es colaborar. Para todo esto necesitas a mucha gente de muchas disciplinas diferentes con ganas de colaborar y de solucionar problemas. Al final, la ciencia soluciona los posibles problemas que pueda haber. Creo que estamos a tiempo”, concluye ■

**Se estima que más de un millón y medio de virus permanecen contenidos en la fauna silvestre, de los cuales 800.000 tienen potencial para infectar a los humanos**



# La COVID-19 la hemos llevado bien desde el punto de vista oftalmológico

Antonio Piñero Bustamante

Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO)

Texto | Clara Simón

Foto | SEO



“La COVID-19 la hemos llevado bien desde el punto de vista oftalmológico”

Antonio Piñero Bustamante preside la Sociedad Española de Oftalmología. Para su junta directiva, la formación y la investigación son pilares básicos para una buena asistencia.

**¿Goza de buena salud la Oftalmología española?**

Excelente. Debo decir que el nivel de la Oftalmología es extraordinario, hay gente joven, con algunos años de formación que nos sorprenden por su valía, sus publicaciones y sus habilidades quirúrgicas. Es una satisfacción y un orgullo para la sociedad y para los maestros que han tenido.

**¿Cuáles son los problemas a los que se enfrenta la Oftalmología en esta etapa post-COVID?**

La COVID-19 la hemos llevado bien desde el punto de vista oftalmológico. Desde la sociedad hemos mantenido informados a nuestros socios sobre qué hacer y cómo protegerse. La información y los protocolos han sido muy bien acogidos.

**¿Cómo se ha manejado la afectación ocular del virus?**

En relación con la afectación del virus a nivel ocular, los primeros meses no hemos notado que se haya modificado la patología habitual y no hemos visto lesiones que pudiéramos achacar al virus. Pero los últimos meses, estamos viendo en personas relativamente jóvenes y que han pasado la COVID-19 lesiones vasculares en la retina, alguna neuritis óptica, que pensamos pudiera tener relación.

**¿Ha aumentado la patología oftalmológica en estos dos años de pandemia?**

Considero que mantenemos la misma patología, no creo que haya aumentado. Lo que sí ha sucedido es que muchas consultas se han tenido que suspender. La cirugía se detuvo y en estos dos años las cosas han sido muy complicadas para pacientes y médicos.

**¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la junta directiva de SEO?**

Los objetivos principales de nuestra junta directiva son la defensa de la profesión, la formación de los jóvenes oftalmólogos y la formación continuada. También nos centramos en mantener la colaboración con las sociedades paralelas de las distintas subespecialidades, sin olvidarnos de las relaciones con las asociaciones de pacientes, con la ONCE y con nuestra Fundación.

**¿Cómo articula la SEO la formación de sus socios y de los médicos en formación?**

Para nuestra sociedad, la prioridad, como en las demás sociedades científicas, es la formación de los oftalmólogos en formación y la puesta al día de los ya formados. No solo es nuestro congreso anual, sino también los grupos de tutores de residentes y la de jóvenes oftalmólogos (AJOE) que de alguna manera nos influyen en las decisiones que tomamos.

**¿Trabajan en alguna plataforma específica?**

Sí, a finales del pasado año hemos volcado en la plataforma de la sociedad un libro virtual con toda la Oftalmología, a la que los socios oftalmólogos y residentes

pueden acceder. Creo que es la obra más importante que la SEO ha realizado en los últimos años, ya que nos permite no solo disponer de una Oftalmología actualizada con casos clínicos y videos quirúrgicos, sino la posibilidad de actualizar los temas cuando sea necesario.

**¿Cuáles son las prioridades en materia formativa?**

Debo confesar que en la actualidad los residentes salen con una formación excelente tanto quirúrgica como clínica. La formación clínica es fundamental y el residente debe estudiar mucho, no basta con manejar los aparatos, sino saber interpretar lo que nos dicen, hay que estudiar y seguir estudiando toda la vida profesional. No obstante, los hay que tienen más habilidades para la cirugía que otros. Diría que primero hay que ser un buen clínico y si es además un buen cirujano, pues mejor.

**¿Qué importancia tiene para la SEO la investigación?**

En la SEO hay muchos socios en Oftared, que es una red temática dependiente del Instituto de Salud Carlos III. Esa participación de nuestros socios tiene el fin de conseguir una mayor interacción entre los diferentes grupos de investigación para mejorar nuestra visibilidad y nuestras relaciones tanto con las sociedades científicas, entre ellas la SEO, y con las asociaciones de pacientes. Además, pensamos en los jóvenes y su formación, facilitando su movilidad a otros centros, conseguir becas de formación y mejorar nuestras capacidades investigadoras incorpo-

Debo decir que el nivel de la Oftalmología española es extraordinario

rando a más empresas que faciliten la investigación clínica con ensayos clínicos. También trabajamos junto a otras sociedades monográficas, como puede ser la de retina, que acredita a expertos en retina formados en algunos hospitales de este país.

### ¿Dónde se centran las nuevas vías de trabajo en el campo de la Oftalmología?

El campo es muy amplio y depende de cada una de las subespecialidades. Por poner un ejemplo que tenemos muy cercano, es la creación de unidades de inyecciones intravitrea que ha desarrollado la Sociedad Española de Retina y Vítreo, con el aval de la SEO y el apoyo de la Sociedad de Farmacia Hospitalaria, la Sociedad de Calidad Asistencial y la Sociedad de Directivos de la Salud. Es una unidad de día donde los pacientes con diagnóstico de degeneración macular se someten a su exploración clínica y siguen su tratamiento. Esta es una primera acción. ¿Por qué no crear unidades de hospital de día de catarata, que es nuestra cirugía más frecuente y que sería fácil de organizar?

### ¿España cuenta con el suficiente número de oftalmólogos?

Considero que debería haber más, hay que tener especialistas en cualquier hospital del país. Como cada día hay más subespecialidades, los equipos deben cubrir y resolver la patología más frecuente en nuestra especialidad con los oftalmólogos necesarios para atender consultas, cirugía y urgencias.

### ¿Se recibe la misma asistencia en todas las comunidades autónomas?

Considero que sí, pero la realidad es que el peso de la formación la llevan los servicios de Oftalmología de los hospitales y sus miembros. Pueden existir hospitales mejor dotados que otros en equipos de exploración y en equipos quirúrgicos, y ahí sí que las comunidades deberían apostar por mejorar los medios a los servicios, ya que la tecnología en nuestra especialidad evoluciona a un ritmo tremendo. Por otro lado, comprendemos que el coste de los aparatos es disparatado, quedan obsoletos en pocos años y hay muchos servicios de Oftalmología en el país, así que hay que valorar las necesidades y la prioridad del aparataje.

### ¿Qué relación tienen con las sociedades europeas e internacionales hermanas?

Mantenemos relaciones con la Sociedad Europea de Oftalmología, con el International Council of Ophthalmology, con la Academia Americana de Oftalmología y con la Asociación Panamericana de Oftalmología, fundamentalmente. Nuestra relación es cordial y participan todos los años en nuestro congreso anual.

### A nivel asistencial, ¿con qué especialidades tienen más relación?

Yo siempre he dicho que nuestra especialidad es la que más relación tiene con todas las otras en los hospitales, empezando por Pediatría, Reumatología, Neurología, Endocrinología, Medicina Interna, Trau-

matología... y es porque en los ojos se manifiestan muchísimas enfermedades, siendo a veces la primera manifestación de ellas.

### ¿Cómo es la coordinación con esas especialidades?

Desde hace muchos años tenemos una estrecha relación con Endocrinología, pues la retinopatía diabética en nuestro país era la primera causa de ceguera, la seguimos teniendo, pero el trabajo de endocrinólogos, médicos de familia y oftalmólogos ha hecho que en la actualidad el paciente diabético viva muchos años y viendo. Además, en muchos centros se han desarrollado unidades multidisciplinarias; por poner un ejemplo, el oftalmólogo y el reumatólogo tratan las uveítis y las enfermedades inmunes y poco a poco vamos tejiendo colaboraciones que facilitan el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

### ¿Qué papel tiene FACME en esa colaboración?

Queremos y estamos en ello. Esperamos realizar reuniones, inicialmente virtuales, con otras sociedades sobre patologías concretas, esperamos durante este año tener dos o tres reuniones que durarán no más de hora y media, que anunciaremos en nuestra página web. Posiblemente, FACME nos ayudará ■

## Oftalmología es la especialidad que más relación tiene con el resto de servicios hospitalarios

## Creo que la asistencia que se recibe es igual en todas las comunidades autónomas, pero pueden existir hospitales mejor dotados que otros en equipos de exploración y en quirúrgicos

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









# 2021, el año de las vacunas, pero no de la pandemia el fin

El 2021 acaba con el mayor número de contagios por coronavirus de toda la pandemia, pero sobreviviendo a la presión asistencial gracias al porcentaje de población vacunada. Sin embargo, la labor de los profesionales sanitarios sigue sin verse realmente recompensada, con una Atención Primaria sumida en la sobrecarga asistencial.

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | EL MÉDICO



## REPORTAJE

# 2021, el año de las vacunas, pero no del fin de la pandemia

2021 era el año en el que todo el mundo esperaba volver a la normalidad. Especialmente los profesionales sanitarios que llegaban agotados tras los duros meses de pandemia. Para empezar el año, el temporal de nieve filomena en Madrid en el mes de enero, que provocó que muchos especialistas tuvieran que doblar turnos ante la imposibilidad de acceder al hospital por parte de sus compañeros, ya auguraba que este también iba a ser un año lleno de nuevas complicaciones.

Si bien 2021 ha sido sin duda el año de las vacunas, no ha sido el año del final de la pandemia, puesto que la nueva variante ómicron dejaba una sexta ola con las peores cifras de contagios. Sin embargo, gracias a los altos porcentajes de vacunación de la población española, se conseguía evitar la presión asistencial en las UCI.

Asimismo, 2021 también ha sido el año de poner en valor la Sanidad española y de invertir en nuevos Planes y Estrategias, aunque este esfuerzo no parecía verse reflejado en la realidad de la práctica diaria de los profesionales, que finalmente optaban por manifestarse para reivindicar la mejora de las condiciones laborales, sobre todo en la Atención Primaria.

Pese a todo ello, si en algo el 2021 parecía una época prepandemia, era en la vuelta a los Congresos Médicos presenciales. Aunque en su gran mayoría apostaban por un nuevo formato mixto que, sin duda, nos acompañará quién sabe si indefinidamente.

### Carolina Darias, al frente de la Sanidad

El año 2021 llegaba con la confirmación de Carolina Darias como ministra de Sanidad. Cabe recordar que fue Salvador Illa quién lideró todo el inicio de la pandemia en 2020. Sin embargo, su candidatura a las elecciones catalanas por el PSOE lo obligaba a abandonar el Ministerio, dejando a Darias al frente del mismo en el mes de enero. Hasta ese momento, Carolina Darias era titular de la cartera de Política Territorial. Tras confirmarse

su cargo como ministra de Sanidad, Darias nombraba días después a Francisco Hernández Spínola como subsecretario de Sanidad. El mismo, hasta ese momento, había ocupado el cargo de secretario de Estado de Política Territorial y Función Pública.

No solo el Ministerio de Sanidad renovaba su jefatura. Ese mismo mes, Tomás Cobo, era elegido nuevo presidente de la Organización Médica Colegial, sustituyendo en el cargo a Serafín Romero.

Entre las primeras acciones de Carolina Darias, destacaba una reunión, en el mes de febrero, con el Foro de la Profesión Médica. En este primer encuentro, los asistentes constituían diversos grupos de trabajo para crear una hoja de ruta para los próximos meses. Asimismo, fijaban los calendarios de próximas reuniones del plenario.

Respecto a los hitos de Darias en este año al frente del Ministerio, además del éxito de la Estrategia de vacunación, están la puesta en marcha de otras estrategias claves. En primer lugar, en el mes de febrero, se actualizaba la Estrategia en Cáncer. El documento consensuado y aprobado por sociedades científicas y comunidades autónomas incluía aspectos clave del Código Europeo contra el Cáncer. Este código resalta las recomendaciones clave en prevención para la ciudadanía, como la dieta, el ejercicio o el tabaquismo. Como novedad, incluía la exposición al radón.

Asimismo, en el segundo semestre del año se actualizó y aprobó en el seno del Consejo Interterritorial, por primera vez en más de una década, la Estrategia de Salud Mental. Igualmente, se presentó el Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19 para atender al impacto provocado por la pandemia.

Aunque sin duda, una de las grandes destacadas fue la aprobación de la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud, dotada con más de 675 millones de euros. Toda una necesidad ante el avance de la telemedicina en tiempos de pandemia. Dicha estrategia se centra en el desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, a las organizaciones y a los procesos que integran el sistema de protección de la salud, con un enfoque de equidad; la generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso a la analítica de datos relacionados con la salud, sus determinantes y el sistema sanitario.

Otra de las novedades fue el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente (PESMA) destinado a proteger a la población de los riesgos medioambientales. Dicho plan se aprobó en las conferencias sectoriales de Sanidad (CISNS) y Medio Ambiente. Igualmente, se aprobaron nuevas partidas

para los sistemas de vigilancia sanitaria. En concreto, el Consejo de Ministros acordó en octubre destinar 13 millones de euros a las comunidades autónomas para la mejora de los sistemas de vigilancia ante emergencias sanitarias.

En cuanto a los compromisos previos del Gobierno en materia de Sanidad, en verano entraba en vigor la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Además, se activaba y dotaba de presupuesto los fondos de garantía asistencial (FOGA) y el fondo de cohesión sanitaria. También, el Anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) con el objetivo de impedir nuevos copagos sanitarios, “con una especial protección a los más vulnerables”.

Igualmente, se alcanzaban otros compromisos como la aprobación del Plan de salud bucodental y la ampliación de la car-

**2021 no ha sido el año del final de la pandemia, puesto que la variante ómicron dejaba una sexta ola con las peores cifras de contagios**

tera de servicios para dar prioridad a colectivos infantojuveniles, embarazadas, personas con discapacidad intelectual y problemas de movilidad.

### La gestión de las vacunas

La aprobación de las primeras vacunas para proteger de la enfermedad grave por COVID-19 no llegaron exentas de controversias. Las dudas respecto a los efectos secundarios, la paralización de la vacunación en algunos países, la falta de dosis ante el incumplimiento de los acuerdos con algunos laboratorios o los debates en cuanto a cómo gestionar la propia vacunación, si en centros de salud o en grandes “vacunódromos”, provocó que el proceso comenzase más lento de los esperado. Todo lo cual puso en duda también las promesas del Gobierno respecto a los tiempos y las tasas de vacunación.

Sánchez había afirmado que serían cinco millones de españoles los vacunados con la pauta completa para el 3 de mayo, 10 millones para mediados de junio, 25 millones para mediados de julio y 33 millones de inmunizados para finales de agosto. De cumplirse esos datos, se alcanzaría la promesa de llegar al 70 por ciento de españoles no solo vacunados, sino inmunizados, para verano. Todo ello antes de pensar en la necesidad de una tercera dosis.

La realidad a diciembre de 2021 era que más del 80 por ciento de los mayores de 60 años en España ya tenían incluso su tercera dosis de la vacuna contra la COVID-19 antes de finalizar el año. Han sido más de 86 millones las dosis entregadas a las Comunidades y más de 84 millones las dosis administradas, y son 38 millones los españoles con pauta completa. Es decir, el 90 por ciento de la población mayor de 12 años. Cabe recordar que precisamente en el mes de diciembre se ponía en marcha la vacunación de los menores de entre 5 y 11 años. En España hay censados unos 3,3 millones de niños y niñas de estas edades que son susceptibles de recibir la protección frente a la COVID-19.



Una vacunación que se convertía en clave, ya que los menores de 12 años constituían en ese momento el grupo de edad con mayor incidencia acumulada de casos de COVID-19.

Por otra parte, el reto de la vacunación no solo está en los países occidentales, sino conseguir unas mayores tasas en los países menos desarrollados, donde la enfermedad sigue provocando nuevos brotes y nuevas variantes que rápidamente se expanden de forma global. Así, España ha donado este 2021 más de 45 millones de dosis de vacunas a países de América Latina y África. El objetivo marcado es donar 50 millones de dosis en el primer trimestre de 2022.

### Las repercusiones de la COVID en los profesionales

Tras el primer año batallando con la pandemia, 2021 era también el año de hacer balance. El esfuerzo investigador conseguía aportar más datos respecto a la enfermedad, más allá de la puesta en marcha de las vacunas. Aunque también se daban a conocer los efectos a más largo plazo de la COVID-19, como era el impacto del Long-Covid o Covid persistente. Todo ello sumado sin duda al impacto económico, social y emocional en la población general, y en la población médica en particular.

No obstante, un informe de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y



## REPORTAJE

# 2021, el año de las vacunas, pero no del fin de la pandemia

Emergencias (SEMES) desvelaba un aumento de más del 50 por ciento de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal de UCIs, Urgencias y Emergencias en 2021. También en plantas de hospitalización médica con pacientes COVID-19, y Atención Primaria y residencias existía un alto riesgo de sufrir un trastorno mental.

Pese a todo ello, no era hasta el mes de febrero de 2021 que la COVID-19 era reconocida como enfermedad profesional en el personal sanitario, tras su aprobación en Consejo de Ministros. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), entre otras entidades, acogían con satisfacción la noticia, ya que llevaban meses liderando esta batalla.

El Decreto aprobado por el Gobierno también regulaba que los profesionales sanitarios jubilados pudieran compatibilizar su pensión con el trabajo profesional durante la pandemia de COVID-19. Esta medida suponía que la consideración de enfermedad profesional compartiera con el accidente la cuantía de la prestación económica, la responsabilidad de la mutua en su asistencia sanitaria y el recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene, establecidas en el artículo 164 de la Ley General de la Seguridad Social.

Aún así, en el mes de noviembre la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) seguía reclamando un protocolo específico para la adecuada valoración de la incapacidad/capacidad laboral y de la aptitud en los casos de sanitarios afectados por COVID persistente. Cabe recordar que se entiende como 'Síndrome Post-COVID' (SPC) la persistencia de síntomas 12 semanas (3 meses) después de superada la fase aguda de la COVID-19. Se trata de una calificación que ya en 2019 la OMS aseguró que se incluiría con un código en la Clasificación Internacional de Enfermedades.



Otra realidad a tener en cuenta es que, tras los aplausos de la primera ola, parte de la población parecía no valorar siempre la labor de los que estaban una y otra vez en primera línea contra el virus. No obstante, el sindicato de Enfermería Satse alertaba del incremento de agresiones a profesionales sanitarios durante los últimos años y reclamaba al Ministerio de Sanidad y a las consejerías de Salud que agilizaran la recopilación de datos sobre agresiones a profesionales sanitarios. Según la OMC, un total de 5.037 profesionales sanitarios han sido agredidos en nuestro país a lo largo de la última década, 441 durante el año 2020, lo que supone el 8,7 por ciento para el periodo 2010-2020.

### Falta de mejoras laborales

Más allá de las repercusiones en la salud, los profesionales sanitarios tuvieron que batallar en 2021 por mejorar sus condiciones laborales. Especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, uno de los más expuestos y sobrecargados en la gestión de la pandemia.

Aunque los problemas de los profesionales comenzaban ya en la residencia. En marzo

de 2021, la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (FSS-CCOO) y la Asociación MIR España (AME) urgía a la equiparación de las condiciones laborales y retributivas del personal en formación sanitaria especializada. En concreto, recordaban que algunas CC. AA. estaban incurriendo en la ilegalidad, ya que están sobrepasando la jornada laboral fijada en el acuerdo marco. En ese mismo mes, el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) concluía que la pandemia había aumentado también la brecha salarial. En concreto, señalaban que, si bien las mujeres en Sanidad son el 76 por ciento de la plantilla, solo el 23 por ciento están en puestos directivos. Por otro lado, concretaban la existencia de una diferencia de unos 9.000 euros anuales entre los sanitarios hombres y mujeres en la Sanidad pública.

En el mes de abril los sanitarios se unían ante la necesidad de implantar medidas. Con motivo del Día Mundial de la Salud, los 858.468 profesionales sanitarios de nuestro país se unían en un mismo manifiesto. Todos ellos representados por sus Consejos Generales de Dentistas, Enfermería, Farma-

cia, Fisioterapia, Logopedia, Medicina, Ópticos-Optometristas, Podología, Psicología y Veterinaria. En este documento reclamaban diferentes cuestiones como evitar desigualdades entre CC. AA. Así, pedían que se garantizase la equidad y la cohesión dentro del Sistema Nacional de Salud, todo ello para evitar desigualdades entre la población en el acceso a los servicios sanitarios. Entre las cuestiones urgentes, apuntaban a la implementación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, que fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como vía para comenzar a reforzar los recursos de la Atención Primaria.

Por otra parte, la temporalidad era otro de los problemas que explotaba tras años sin medidas concretas. Especialmente ante la no renovación de muchos de los contratos COVID. Aun así, no es hasta principios de octubre que Sanidad se compromete a abordar la temporalidad de los sanitarios. Según UGT, el Ministerio de Sanidad se comprometía a convocar en noviembre a los agentes sociales para abordar la temporalidad en el sistema sanitario y las condiciones laborales del personal estatutario.

### **La Atención Primaria, caballo de batalla**

Igualmente, a principios de octubre Sanidad y CC. AA. aprobaban lanzar antes de final de año el Plan de Acción para la Atención Primaria. No obstante, en todas las CC. AA. la falta de presupuesto y de personal está provocando carencias en la calidad asistencial, pero también grandes retos entre los profesionales.

Prueba de ello es que, en el mes de febrero, el TSJM sentencia a favor de los médicos y pediatras de Primaria de Madrid. Se trata de la primera sentencia de un Tribunal Superior de Justicia que analiza la car-

ga de trabajo y la falta de plantilla como elemento de prevención de riesgos laborales. El fallo de la sentencia declara que la Comunidad de Madrid vulnera los derechos de los médicos de Atención Primaria y pediatras. En concreto, en materia de integridad física y salud.

Ante este tipo de situaciones, el nuevo Plan del Gobierno toma como referencia el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado en abril de 2019 y que nunca llegó a implementarse completamente. El acuerdo alcanzado entre Ministerio y CC. AA. recogía, entre otras cuestiones, la actualización y adaptación de la Formación Sanitaria Especializada de la Atención Primaria. El Plan también se marca como objetivos funda-

mentales reducir la temporalidad por debajo del 8 por ciento antes de 2024. Una de las principales novedades es la introducción del concepto de presupuesto finalista. Es decir, un

“presupuesto específico y suficiente” por parte de las comunidades autónomas, en “cofinanciación” con el Ministerio de Sanidad. Todo ello como “herramienta económica necesaria para alcanzar los objetivos previstos”.

En esta misma línea, se recogía la mejora de la capacidad diagnóstica de AP, en los Presupuestos de 2022. La Ley de Presupuestos Generales del Estado (PGE) para el año 2022 incluiría partidas finalistas concretas en Sanidad. En concreto, las dedicadas a los procesos de digitalización y la mejora de la capacidad diagnóstica en la Atención Primaria.

Antes de su aprobación por el Consejo Interterritorial, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADPS) ya se mostraba en contra del mismo. Así, advertían de que “no plantea nuevas medidas, sino la repetición de las ya sobradamente conocidas”. Por otra

parte, criticaban que su apartado de financiación era “sumamente inconcreto y etéreo”. En concreto, argumentaban que “la realidad es que los presupuestos del Ministerio de Sanidad y de las CC. AA. para 2022 ya están prácticamente aprobados. Así, las cuantías dedicadas a la AP son insuficientes y poco significativas y desde luego no permiten el desarrollo del Plan”. Igualmente, sobre el presupuesto finalista aclaraban que se exponía “sin fijar una cuantía concreta ni por parte de las CC. AA. ni por parte del Ministerio de Sanidad”. No obstante, la falta de medidas concretas para salvar la Atención Primaria llevaba a una manifestación nacional frente al Ministerio de Sanidad, el pasado 12 de diciembre, organizada por casi un centenar de organizaciones y secundada, según los sindicatos, por cerca de diez mil personas.

### **Las CAR-T españolas y avances en trasplantes**

Además de las cuestiones profesionales, el 2021 también dejaba otros hitos en la Sanidad Pública que no tenían relación directa con la COVID-19. En el mes de febrero la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobaba el uso como medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial el CAR-T ARI-0001, desarrollado por el Hospital Clínic, para su utilización en pacientes mayores de 25 años con leucemia linfoblástica resistente a los tratamientos convencionales. Se trataba del primer CAR-T desarrollado íntegramente en Europa que es aprobado por una agencia reguladora.

En materia de trasplantes, se publicaba la prórroga y se modificaba el Convenio para el desarrollo del programa de trasplante de progenitores hematopoyéticos de donantes no emparentados. También se aprobaba el acuerdo Internacional Administrativo para el periodo 2021-22 para llevar a cabo actividades de cooperación en materia de donación y trasplante de órganos, células y tejidos humanos ■



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**Distrito Sanitario**

**Sanlúcar de Barrameda - Sevilla Norte**



La **AP**  
precisa inversión  
en **talento**  
y en **motivación**  
para los  
**profesionales**

M<sup>a</sup> del Rocío Hernández Soto

Vocal por Andalucía de la Sociedad Española de Directivos  
de Atención Primaria

Texto y fotos | N. Lauzirika



#### “La AP precisa inversión en talento y en motivación para los profesionales”

Al frente de la Dirección de Gerencia del Distrito de Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte desde el 8 de marzo de 2019, M<sup>ª</sup> del Rocío Hernández Soto es además vocal por Andalucía de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). En su opinión, “la AP necesita no solo inversión económica, sino también inversión en talento, experiencia, conocimientos y motivación para que los profesionales puedan trabajar más felices, y que eso se refleje en su trabajo diario”.

**Hablar de Atención Primaria (AP) en estos momentos y no comenzar preguntándose si está colapsada, o al borde del colapso, sería estar fuera de onda. ¿Está de verdad colapsada o saturada?**

La AP ha soportado y está soportando una importante carga de trabajo durante toda la pandemia y en especial en esta sexta ola que ha superado cualquier expectativa. Nos engañaríamos si no reconociéramos que la situación está siendo muy estresante para todos los profesionales en nuestros centros de salud. Aprovecho para agradecer su compromiso y tarea diaria a todos los profesionales en el primer nivel de atención de todo el país, porque sin ellos mejor no imaginar cómo habríamos vivido la pandemia. En AP los equipos se han “reinventado”, porque había que sumar a las tareas de la cartera de servicios habituales otras nuevas derivadas de la pandemia. De esto ya se ha hablado mucho, porque para el control de la pandemia la salud pública ha sido desarrollada prioritariamente

**El problema de la AP en España no es muy distinto al de otros países de nuestro entorno. Quizás debiéramos ser menos orgullosos y, para empezar, reconocer que necesitamos darle una solución**

en AP, y se ha hecho mediante el rastreo de casos y contactos estrechos, tanto a nivel de población general como también en centros educativos y, por supuesto, en residencias de mayores, donde, gracias a

estrategias elaboradas por grupos de expertos y trabajadores sociosanitarios e inspección de salud hemos conseguido controlar muchos brotes que habrían tenido consecuencias terribles. Qué decir de la campaña de vacunación, aquí en Andalucía nos sentimos muy orgullosos de cómo se ha llevado a cabo desde el principio, con gran ilusión y esfuerzo de todos los profesionales y una gran acogida por parte de la población.

**¿El desbordamiento asistencial es real?**

Si comparamos la situación actual en esta sexta ola con otras anteriores, pues sí, estamos desbordados. Tenemos cifras de incidencia acumulada que no hemos visto anteriormente. Los datos a fecha 10 de enero muestran una tasa de incidencia de PDIA acumulada en Andalucía, en los últimos 14 días, de 1.647. Los datos de Sevilla muestran 9.566 casos diagnosticados por PDIA en los últimos 14 días, con una tasa de IA de 1.325,3. Córdoba con una tasa de incidencia acumulada de

2.259 es la que ostenta los mayores niveles de toda la Comunidad Andaluza. A la vista de estos datos, si además tenemos en cuenta la alta tasa de contagiosidad de la cepa ómicron, que ya es la predominante,

y que cada positivo debido a estas fiestas tiene una media de 12-15 contactos estrechos, podemos decir que sí, que estamos muy sobrecargados. Y aunque pudiera parecer poco apropiado decirlo tan claramente, solo si conocemos nuestras debilidades, nos podemos plantear mejorar. Esto es lo que se está haciendo día a día en nuestra AP, reorganizando circuitos y tareas, con nuevos roles, para intentar dar respuesta a la ciudadanía.

**En todas las Comunidades la oposición correspondiente achaca al Gobierno de turno la falta de previsión en AP. ¿Pien-san desde la SEDAP que es así?**

Personalmente, no me gusta opinar sobre cuestiones políticas porque no me dedico a ella y me equivocaría. El problema de la AP en nuestro país es de sobra conocido por gestores y políticos desde hace muchos años y requiere una solución integral, multifactorial y que realmente haya decisión en firme para mejorarla.

**De todos modos, ¿en dónde se han registrado las principales carencias o fallos? ¿Quizás en la falta de recursos humanos y técnicos?**

El problema de AP en España no es muy distinto al de otros países de nuestro entorno. Quizás deberíamos ser menos orgullosos y empezar reconociendo que necesitamos darle una solución. Y la solución debe pasar por priorizar los problemas y dar un enfoque multifactorial. Por supuesto, la ausencia de médicos que quieran trabajar en nuestra AP es evidente desde hace años, en unas Comunidades Autónomas más que en otras. En no muchos años, esa situación se repetirá con la categoría de enfermeras si no actuamos. Si analizamos cuáles son las actividades que se desarrollan en AP, además de la asistencial,



que en mi opinión no es la más importante. Vemos que dedicamos muy poco tiempo y recursos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección de la salud y a la rehabilitación. A lo que podríamos añadir que no hay recursos suficientes para algo tan esencial como la salud mental, pues debería contemplarse en cada plantilla de centro de salud o de zona básica de salud, al menos un psicólogo clínico. Desde el punto de vista social, esta es otra de las cuestiones que deberíamos reforzar, buscando alianzas con asociaciones de vecinos y corporaciones locales.

### **¿Cómo se podrían haber evitado estos fallos o cómo se podría evitar que vuelvan a suceder?**

En nuestra Comunidad Autónoma, meses antes de la pandemia comenzamos a trabajar en la renovación de la AP, pero no pudimos hacer mucho porque tuvimos que reinventarnos y adaptarnos a las necesidades de atención a la población que la pandemia nos impuso. Posiblemente, la renovación de la AP tras la pandemia deberá contener otros aspectos que antes no habíamos considerados necesarios, tales como que sea integral, creativa, con financiación suficiente, sin límites temporales y no sujetos a intereses de partidos políticos.

### **Una de las cuestiones más debatidas, y de las más criticadas también, durante esta pandemia ha sido la asistencia telefónica. ¿Ha venido para quedarse? ¿Sustituirá a la presencial? ¿Convivirán?**

La asistencia telefónica ya existía antes, aunque no estaba muy extendida. Todos los profesionales sanitarios habíamos hecho seguimiento telefónico antes de la pandemia. Es una forma de comunicación con el paciente-usuario muy demandada para cuestiones administrativas porque evita desplazamientos innecesarios. Pero en AP la gran ventaja asistencial a la hora de tratar a los pacientes es el conocimiento que tanto médicos como enfermeras tienen de ellos, de su situación de salud o

enfermedad, de su entorno, de sus cuidadores y familiares; por eso, el teléfono no va a sustituir a la visita presencial, porque para elaborar un juicio clínico el acto médico requiere todo un proceso anterior de anamnesis y exploración que debe ser presencial, bien en la consulta o en el domicilio del paciente.

### **¿En qué proporción y de qué modo debería ser esta modalidad no presencial?**

Respecto a la proporción, yo defiendo que cada profesional debe tener una agenda adaptada a él, que además depende del ámbito. Si es rural la consulta telefónica tiene mayor dificultad y suele requerir más tiempo y resulta a la postre ser menos resolutive. En las ciudades con mayor porcentaje de población en activo, la consulta telefónica es muy solicitada. Por tanto, tras un análisis de la demanda, corresponde a los gestores de cada centro de salud acordar con los profesionales la proporción de citas telefónicas y presenciales con el objetivo de dar la mejor respuesta.

### **Hablando de asistencia y teniendo en cuenta que la edad poblacional aumenta y con ella los crónicos y pluripatológicos, ¿cómo ve a futuro la posibilidad de incrementar la asistencia presencial domiciliaria?**

La asistencia en domicilio, tanto programada como urgente, es una de las tareas incluidas desde siempre en la cartera de servicios de AP. La atención en domicilio se hace por médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales y matronas. Durante la pandemia, se ha mantenido la actividad en domicilio, preferentemente por parte de enfermería: extracciones analíticas, cura de heridas, entre otras; y por los equipos de urgencias. En nuestro dis-

trito, también por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Sí, aportaría mucho y es algo que no está totalmente extendido todavía. La monitorización en domicilio de pacientes crónicos como, por ejemplo, pacientes con insuficiencia cardíaca, diabéticos, con EPOC... En el distrito que lidero desde hace cinco años estamos trabajando en un proyecto de telemonitorización dentro del Plan Comparte, con el Hospital San Juan de Dios de Bormujos. Esta es una apuesta de la nueva AP para mejorar la calidad de vida y el control de la enfermedad en los pacientes crónicos. La telemonitorización en domicilio supone que el paciente tiene un papel principal en el control de su enfermedad, pues debe seguir una serie de mediciones a diario, peso, TA, pulsioximetría, datos que previamente tienen establecidos unos límites de normalidad y si se superan, directamente, se cita al paciente en la agenda de su médico, quien tras llamada telefónica valora la situación. En casos en los que hay unas cifras muy dispares o alguna urgencia vital, directamente el aviso salta al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. Esto es un resumen muy breve de una forma de trabajar que puede aportar mucho a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos.

La telemonitorización en domicilio supone que el paciente tiene un papel principal en el control de su enfermedad, pues debe seguir una serie de mediciones a diario, peso, TA, pulsioximetría, datos que previamente tienen establecidos unos límites de normalidad y si se superan, directamente, se cita al paciente en la agenda de su médico, quien tras llamada telefónica valora la situación. En casos en los que hay unas cifras muy dispares o alguna urgencia vital, directamente el aviso salta al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. Esto es un resumen muy breve de una forma de trabajar que puede aportar mucho a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos.

Esto es un resumen muy breve de una forma de trabajar que puede aportar mucho a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos.

### **Precisamente, una de las derivadas sanitarias más duras de la pandemia está siendo su impacto en la atención a crónicos y a pluripatológicos. ¿Notaremos sus efectos negativos tras la pandemia?**

En el sistema sanitario de Andalucía contamos con la Estrategia de Cuidados, liderada por una gran profesional enfermera con una visión de futuro importante, Nieves Lafuente. Además del Plan de Cronicidad que años antes de la pandemia puso en marcha el Plan de Atención a la Cronicidad, basado de manera muy resumida en

## **En la AP hay una hiperdemanda de la ciudadanía que no quiere asumir la responsabilidad sobre su propio estado de salud**



el papel activo del paciente crónico, la asistencia en AP por parte de la clave médico/enfermera y la participación del médico internista de referencia, los cuidadores del paciente o él mismo en los casos posibles, además de la participación de trabajadora social, enfermera gestora de casos también de su centro de salud. Para cada paciente se elabora un Plan de Acción Personalizado, que consta de tres fases, “VIE o Valoración Integral Exhaustiva”, “Intervenciones y Recomendaciones”, y el “PAP o Plan de Acción Personalizado”.

#### ¿La VIE incluye valoración pronóstica?

Mediante la escala PROFUND, valoración social con la escala de valoración socio/familiar de Gijón, valoración del dolor, valoración funcional mediante escala de Barthel, entre otras. En función de la valoración se activan las intervenciones. Las generales aparecen siempre recogidas en la historia de salud sin necesidad de valoración previa. Las intervenciones específicas van encaminadas a los problemas del paciente concreto.

#### ¿Y el PAP?

El PAP es pactado con el paciente, pues debe asumir y conocer los tratamientos de su enfermedad y evitar todo aquello que le perjudique para llevar un buen control, y en caso de exacerbaciones, tiene que conocer los tratamientos que debe comenzar. Los planes de acción personalizados que ya se pusieron en marcha antes de la pandemia y que estaban recogidos en la historia de salud digital han sido de gran ayuda en el control de estos enfermos cuando se han tenido que reorganizar los centros de salud. Los pacientes además pueden acceder a sus PAP en la aplicación ClicSalud, al igual que a otros documentos, como resultados de analíticas, pruebas de imagen y al tan demandado certificado de vacunación COVID-19.

#### Y el impacto de la pandemia en tratamientos preventivos, ¿es asumible el retraso en este aspecto o están logrando mantener el ritmo?

Sí, el impacto ha sido importante en las seis olas desde que comenzó la pandemia hace casi ya dos años, pero nuestra respuesta ha ganado en eficacia. Durante la primera, los programas de cribados de cáncer de mama, de cérvix, colon y otros, como la detección precoz de la retinopatía diabética, se vieron suspendidos por la necesidad de guardar el confinamiento. Por ello, a partir de esa primera ola, lo que se hizo en los momentos de “tranquilidad”, por decirlo de alguna manera, fue priorizar los cribados, reforzando con contratación de personal, ofertando citas por la mañana, tardes e incluso fines de semana, por lo que nos hemos recuperado y al cierre del año

2021 podemos decir que estamos al día.

#### Si tuviera que reclamar mejoras, ¿cuál sería su prioridad?

Sinceramente, en mi opinión es muy necesaria una inversión en recursos materiales y técnicos para dotar a todos los centros con los dispositivos de electro-medicina necesarios y modernos, material informático que facilite no solo las llamadas telefónicas, sino también las videollamadas a los pacientes, además de la telemedicina con los especialistas hospitalarios y la implantación a todos los niveles de AP de los *Point of Care Test*. Sin embargo, pienso que no es suficiente. Hay una excesiva medicalización de cuestiones que podemos considerar que son parte del proceso de la vida, y que la sociedad no sabe afrontar y, por ello, busca remedio en la Medicina. Hemos llegado a una situación en la que la asistencia sanitaria la exige el usuario por propios criterios y con inmediatez en la atención, y esto es lo que nos tiene realmente desbordados, antes de la pandemia y ahora. Ha

sido muy triste la gran demanda de PDIA, bien test de antígenos o PCR, que la población ha exigido a los sanitarios de AP previo a las reuniones en Navidades, al igual que esa demanda sin sentido de certificado COVID cuando se ha comenzado a exigir para entrar en hostelería y espectáculos. Por tanto, en mi opinión, reitero, el problema no es la AP ni los profesionales sanitarios, el problema es una sociedad hiperdemandante, que no quiere asumir responsabilidad personal sobre su estado de salud o enfermedad y que desgraciadamente, no valora ni cuida a aquellos que deben cuidarles. Es una generalización y siendo consciente de que no es bueno generalizar quiero expresarlo porque realmente esta pandemia nos debería enseñar algo como sociedad. Desde AP vamos a seguir trabajando para ser más eficientes y prestar la mejor atención de calidad y que así sea sentida por el paciente.

#### Con frecuencia se citan los presupuestos sanitarios como freno a una mejor asistencia en AP, y también se compara con la inversión en el hospital...

La AP y la atención hospitalaria no son comparables, cada una tiene su cartera de servicios y, por tanto, la financiación debe estar acorde a ella y a la población que atiende. Es mucho lo que hay escrito por autores de la OMS, y numerosas sociedades científicas, sobre que la fortaleza de la AP redundará en la calidad de vida de la población y, por supuesto, en la viabilidad de los sistemas sanitarios públicos. En Andalucía hay una apuesta política por la AP y esperemos que la pandemia nos dé la opción de ponerla en práctica.

#### ¿Es atractiva la especialidad de AP en Andalucía para las nuevas generaciones de médicos?

La Medicina de Familia y Comunitaria es una de las especialidades más complejas. El médico de familia debe saber de todas las especialidades, en ocasiones tiene me-

nos acceso a pruebas diagnósticas que los EIR en hospitales, muchas veces trabaja en consultorios alejados de las ciudades y de los puntos de urgencias y se ve sometido a una presión asistencial muy elevada que dificulta su dedicación a aquellos pacientes que más lo necesitan. Esto puede llevar a una sensación de frustración y desencanto. Por ello, debemos buscar elementos innovadores y motivadores para estas nuevas generaciones. Este problema no solo se da en Andalucía, sino en el resto del país. Otros factores que ayudan a ese desencanto son, en ocasiones, la falta de respeto a la que se ven sometidos los médicos en nuestros centros de salud y el que casi no exista tiempo en la jornada laboral para llevar a cabo investigación y docencia. Son aspectos clave para no solo motivar sino también para mantener actualizados los conocimientos científicos y prestar atención de calidad.

**¿Cree que hay en su comunidad un liderazgo político/administrativo/de gestión potente como para desarrollar la AP hasta el nivel que necesita y se merece? ¿Desde la SEDAP trabajan en ello?**

En Andalucía, el consejero de Salud y Familias es médico de AP, y cree en ella; pero insisto, la AP de todo el país necesita un abordaje multifactorial y no ligado a intereses políticos, y son muchos los actores que deben intervenir: los sanitarios de base, los gestores o directivos, la población representada por sus asociaciones, las universidades, y las sociedades científicas. La pandemia nos ha enseñado que si unimos nuestras fuerzas para conseguir un objetivo común lo conseguiremos, y para ello debemos buscar alianzas. La SEDAP ha mantenido su actividad durante la pandemia, principalmente virtual, y tenemos muchos proyectos para estos próximos años, y esperamos seguir aportando para que podamos conseguir la AP que tanto profesionales como ciudadanía esperan.

**En todas las comunidades ha habido un incremento muy significativo de la con-**



**tratación de pólizas de Sanidad privada, ¿indica esto pérdida de confianza en la pública?**

Personalmente no me crea preocupación, ambos sistemas son compatibles, tanto la Sanidad privada, que es una opción personal, como la pública que es universal y por tanto un derecho de todos los ciudadanos. Y como he comentado antes, la colaboración Sanidad pública/privada es una de las cuestiones que esta pandemia nos ha enseñado, solos no podemos hacerlo todo.

**Pronto celebrarán un congreso de la SEDAP, ¿podría explicar brevemente cuál será su objetivo principal y qué planteamientos se pondrán encima de la mesa?**

En este año queremos celebrar el congreso nacional después de dos años sin él por

motivo de la pandemia. Se va a celebrar en Sevilla del 8 al 10 de junio y esperamos que pueda ser presencial. Nuestro objetivo es tratar los temas de mayor calado en nuestra actividad diaria, con un enfoque novedoso y haciendo hincapié en la ilusión por una nueva AP, que tras estos años pandémicos debiera salir reforzada ■

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





# La gestión también salva VIDAS

Rafael López Iglesias

Miembro de la Junta Directiva de SEDISA

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos EL MÉDICO



## GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ENTREVISTA

### Rafael López Iglesias

#### “La gestión también salva vidas”

La normalidad tras la COVID-19 o situación futura del sistema sanitario estará más basada en la tecnología. Será fundamental la figura del paciente activo y deberá haber una mayor inversión en Salud Pública, según explica a EL MÉDICO Rafael López Iglesias, miembro de la Junta Directiva de SEDISA.

#### ¿Qué ha cambiado en la gestión y dirección sanitaria tras las diferentes olas de la COVID-19?

La COVID-19 ha supuesto un cambio global en el modo de vivir, en las relaciones humanas y en la sociedad en general. En el caso de la Sanidad, la pandemia vino sin manual de instrucciones y esto ha conllevado que todo el sistema de salud se vea trastocado: la asistencia, la gestión y la dirección sanitaria, la relación con los pacientes y los objetivos planteados de demoras, de eficiencia... Ha cambiado todo el modelo sanitario, que antes de la pandemia navegaba en un barco con la mar en calma, y nos hemos tenido que “poner a remar” en medio de una tormenta sin coordenadas, a veces a la deriva.

#### ¿Cómo se ha evolucionado con las distintas olas?

Si analizamos la evolución desde la primera ola, hemos pasado de la autonomía de gestión en los centros y servicios regionales de salud a la centralización de las decisiones y, poco a poco, a la normalización en la gestión. Es decir, a como nos encontrábamos en este ámbito antes de la pandemia. No obstante, también en el ámbito de la gestión, todo ha sido monopolizado por la COVID-19, de forma que hemos de recuperar el análisis, reflexión e impulso de la innovación y tendencias emergentes y novedosas en gestión sanitaria.

**La pandemia vino sin manual de instrucciones y esto ha conllevado que todo el sistema de salud se vea trastocado**

#### ¿Qué fortalezas ha tenido y tiene la gestión para trabajar en estas situaciones?

Los directivos de la Salud han demostrado -y siguen demostrando- un enorme compromiso con el sistema de salud, con los profesionales sanitarios y con los pacientes, estando a la altura de la situación. Han tenido y tienen una gran dedicación las 24 horas del día sin descanso durante toda la pandemia. Han puesto de manifiesto, asimismo, un gran liderazgo que se ha visto reforzado, pues gracias al esfuerzo realizado hemos podido ir saliendo del atolladero en el que estábamos inmersos.

#### ¿Cuál ha sido el papel del directivo de la salud en la gestión de la pandemia?

Lo vivido durante la pandemia y el gran papel que han jugado los directivos de la salud nos aboca cada vez más en subrayar que se debe apostar por su profesionalización. Y es que, en definitiva, la “gestión también salva vidas”.

#### ¿Qué es lo que ha fallado?

Principalmente, han fallado las relaciones institucionales, la coordinación y la comunicación entre las comunidades autónomas. Y ha faltado transparencia por parte de los que conocían cómo se estaba desarrollando la pandemia, lo que ha supuesto falta de información y de previsión, improvisación y ha generado incertidumbre, tan-

to en los profesionales como en los usuarios del sistema. También, hemos asistido a la falta de flexibilidad, a carecer de unos sistemas de información sólidos y coordinados, de coordinación entre niveles asistenciales y entre servicios sociales y sanitarios. Y, asimismo y muy importante, no teníamos una infraestructura sólida y eficiente en Salud Pública, algo que se ha visto crucial en la gestión de la pandemia. También ha hecho falta un poco de humildad para reconocer los errores.

#### ¿Qué se puede aprender de la situación?

El aprendizaje es enorme. Como decía, la Salud Pública es fundamental ante amenazas como la pandemia ocasionada por la COVID-19. Hemos de reforzar su organización para hacerla más fuerte. Junto a ello, se pueden destacar otros aprendizajes, como la importancia de la autonomía de la gestión y la profesionalización de los directivos de la salud, y la necesidad de una mayor inversión en salud. El modelo sanitario futuro debe sustentarse en la coordinación y trabajo en equipo.

#### ¿Qué papel han tenido las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la asistencia en tiempos de pandemia?

Han sido y son fundamentales. La pandemia ha supuesto la agilización en su implementación. No obstante, hay que destacar que nos ha cogido fuera de juego, ya que no había cultura tecnológica en los profesionales, en los usuarios, ni en las organizaciones; y tampoco una infraestructura adecuada y también desarrollada al nivel óptimo para afrontar las necesidades que se nos han presentado.

#### ¿Cuáles son las áreas de la gestión que más se están beneficiando de ellas?



Desde el punto de vista general de la gestión, la digitalización potencia la toma de decisiones basadas en datos y, en consecuencia, basada en valor, por lo que todas las áreas se ven beneficiadas en este sentido, por la aportación que supone la medición de resultados en salud, la inteligencia artificial, la digitalización en la compra pública, en la innovación y la tecnología. Pero para que la aportación de la digitalización y las TIC sea eficiente necesitamos una visión e implementación estratégica, con un planteamiento y planificación a medio-largo plazo.

### **¿Qué área destacaría?**

Un área que destacar es, sin duda, la atención a pacientes crónicos, en la que el uso de las TIC también se ha acelerado debido a la pandemia. Sin duda, la atención a los pacientes crónicos debe ser menos presencial y más digital, y esta tendencia se mantendrá en el futuro.

### **En este marco, ¿cómo percibe el usuario las teleconsultas?**

Hay que hacer hincapié en que la teleconsulta está sobre todo implementada en la relación interprofesional de los diferentes niveles asistenciales más que entre profesional y paciente. Sobre todo, en el caso de la atención hospitalaria. En cuanto a la percepción por parte del paciente, depende de muchos factores como la edad, tipo de patología, el grado de dependencia, tipo de consulta (si es primera consulta, si son consultas de seguimiento o sucesivas), pero en general las percibe mal.

### **¿Cómo se puede cambiar esta tendencia?**

Creo que el paciente quiere tener contacto con el profesional sanitario, hablar, tener una relación presencial. Por ello, es necesaria la educación sanitaria para que se vaya desarrollando esta relación más virtual con el profesional sanitario. Esto es algo que ha sucedido y sigue sucedien-



## GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA/ENTREVISTA Rafael López Iglesias

do, aunque la comparación no sea exactamente equiparable y salvando las distancias, con otros aspectos de la vida y en otros sectores sociales, como el comercio, la banca...

### Entonces, ¿con una buena educación sanitaria se mejoraría la percepción de las teleconsultas?

Se debe potenciar la educación y la formación al paciente, desarrollando los autocuidados. A los profesionales se les requiere tener muy bien desarrollados los protocolos de cuándo y cómo se puede y se debe utilizar la teleconsulta, de forma que se establezca la metodología correcta para una atención sanitaria efectiva y, sobre todo, segura y fiable.

### ¿Cómo se puede mejorar su implantación?

Junto a lo comentado sobre la educación, la formación y la protocolización de su uso, se deben superar las barreras humanas y tecnológicas, desde una visión estratégica y a medio-largo plazo. Un primer paso puede ser la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud, en la que la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha participado con aportaciones. Pero también es necesario invertir en tecnología y adaptar el funcionamiento y las infraestructuras a cada comunidad autónoma, salvando las diferencias de tecnología entre grandes ciudades y el medio rural.

### ¿Cómo se volverá a la normalidad asistencial?

La asistencia sanitaria no va a volver a ser nunca como antes de la pandemia si referimos el término normalidad al pasado. Caminaremos hacia el futuro, que sin duda será incierto. Esta normalidad o situación futura del sistema sanitario estará más ba-

sada en la tecnología, para lo que será fundamental la figura del paciente activo, y deberá pasar por una mayor inversión en Salud Pública. Además, habrá que trabajar para una coordinación más eficiente entre niveles asistenciales y entre servicios sanitarios y sociales, como sistemas esenciales dentro de la sociedad.

### ¿Qué aspectos de mejora destacables hay?

Junto a lo comentado, es necesario trabajar desde la eficiencia y la aportación de valor y el desarrollo de la atención a pacientes crónicos, sin olvidar un área muy sensible y perjudicada durante la pandemia como es la salud mental. Todo ello supone un camino importante de trabajo, pero debe ir acompañado obligatoriamente del compromiso y dedicación por parte de los políticos. Así, los profesionales, los pacientes y los directivos de la salud han estado y están a la altura de las circunstancias, frente a los políticos, que desde un punto de vista general, no lo han estado, en algunas ocasiones, alcanzando el nivel que se exige en una situación tan crítica como la que estamos atravesando. En situaciones de pandemia, pero también en general, se debe trabajar por encima de intereses políticos y, para ello, sería fundamental un pacto político por la Sanidad.

### ¿Cómo se puede abordar el refuerzo de Atención Primaria?

El refuerzo de la Atención Primaria es uno de los puntos sobre los que más trabajar en la mejora de un sistema sanitario sólido. Hay que invertir más euros per cápita en este ámbito, alcanzar la barrera del 20 por ciento dedicado a la Atención Primaria del presupuesto global para la Sanidad, con más profesionales, una reestructuración del modelo y crear nuevas competencias y roles. También pasa por la inclusión en Atención Primaria de figuras emergen-

tes (trabajadores sociales, gestores de casos...), desde un punto de vista social que orienten a los pacientes sobre tareas burocráticas, liberando a los profesionales sanitarios de estas para contar con más tiempo para la asistencia sanitaria.

### ¿Cómo se va a manejar la posible falta de recursos en una nueva crisis económica?

Los presupuestos para Sanidad previstos por los gobiernos regionales, según las informaciones publicadas recientemente, aumentarán en 2022 respecto a 2021, si bien existen dos contrapuntos importantes. Por un lado, como Estado seguimos aún lejos de la inversión en Sanidad de otros países europeos. Por otra parte, seguirán existiendo diferencias importantes de inversión entre las comunidades autónomas. Pero más allá de la inversión, un tema muy preocupante en situaciones de falta de recursos es, entre otros aspectos, la falta del desarrollo de la innovación en gestión, de puesta en marcha de nuevos proyectos y de la calidad y la seguridad del paciente, en los que la pandemia ha supuesto un gran freno y que, en gran medida, han sido ubicados en el olvido y que hay que retomar ■

## El modelo sanitario futuro debe sustentarse en la coordinación y trabajo en equipo

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





# ¿Piensas en cómo vincularte más con tu Barrio?

Lograr una farmacia más imprescindible para todos  
**UNIENDO lo Sanitario y lo Social**



***Ya lo estamos haciendo.***

*En tan sólo 4 meses, ¡¡¡las farmacias farmaSOLIDARIA han compartido más de 1.500 Momentos Solidarios de sus clientes/pacientes!!!*

*Nosotros nos encargamos de todo, desarrollar los proyectos, los convenios con las entidades sociales, gestionar los certificados de donación, poner en marcha el sistema de recaudación, “vestir” tu farmacia para potenciar la comunicación,...*

***Súmate y descubre cómo puedes PARTICIPAR.***



**Conoce que:**

*farmaSOLIDARIA es independiente, el 100% del programa se sostiene gracias a las cuotas de sus farmacias MIEMBROS, y el 100% de las donaciones recogidas van a los proyectos Solidarios.*

**Si quieres AYUDAR en tu Barrio avísanos:**

Web: [www.farmasolidaria.com](http://www.farmasolidaria.com)  
Email: [info@farmasolidaria.com](mailto:info@farmasolidaria.com)  
Tf: 606 406 967





# Atención Primaria, modesta estrella de unos presupuestos sanitarios al alza

La mayoría de las Comunidades Autónomas han incrementado de forma considerable los presupuestos para sus departamentos de Salud. La Atención Primaria (AP), colapsada por la pandemia y con sus profesionales agotados, se lleva la palma de las partidas económicas. A pesar del esfuerzo presupuestario, el dinero destinado a la Sanidad en España sigue siendo modesto y a bastante distancia de los países europeos de referencia. Esta es la opinión tanto de sociedades científicas y sindicatos, como de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).

Texto  Nekane Lauzirika



## REPORTAJE

# Atención Primaria, modesta estrella de unos presupuestos sanitarios al alza

El Gobierno de Pedro Sánchez destina 5.434 millones de euros a Sanidad este ejercicio de 2022, un 10 por ciento más que en 2021. Con 1.172 millones para vacunas COVID-19, el presupuesto sanitario aumenta en 540 millones respecto al año anterior.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) ha valorado el esfuerzo presupuestario del Gobierno central y las autonomías, pero también ha reconocido que el crecimiento ha sido modesto. “Siguiendo siendo notoriamente insuficiente para las necesidades del sistema sanitario actual”, remarcan desde la Federación.

Marciano Sánchez Bayle, presidente de la FADSP, se refiere a la enorme variabilidad del dinero destinado a Sanidad entre Comunidades. Una diferencia excesivamente grande, tanto que no permitirá garantizar las mismas prestaciones entre autonomías.

“La diferencia entre la Comunidad que más invierte, Euskadi, con 1.991 euros por persona/año; y la que menos, Madrid, con 1.300 euros, ejemplifica lo que significaría aumentar los presupuestos un 60 por ciento de media”, reflexiona. Este diferencial es lo que, al mismo tiempo, les anima a reclamar un aumento generalizado de 1.000 euros per cápita.

Entre las comunidades con peores servicios sanitarios, la FADSP apunta hacia la Comunidad Valenciana, Andalucía y Murcia, que, junto con Madrid, son las que menos invierten en Sanidad.

En comparación con otros países de nuestro entorno, la Federación sitúa a España lejos de los países punteros, en parecida situación a los de la parte baja de la lista, como Eslovenia o Italia.

Si se analiza la inversión sobre el PIB, el 6,6 por ciento que se destina a Sanidad en España tampoco sale bien parado frente al 9,9 por ciento alemán (el país con mayor gasto relativo) o el 9,2 por ciento del sueco. El entorno español sobre este indicador lo conforma la República Checa (6,4 por ciento).

## LÍNEAS BÁSICAS DEL PRESUPUESTO QUE CADA COMUNIDAD DEDICA A SANIDAD

### ANDALUCÍA

#### El mayor presupuesto de la historia

La sexta ola del coronavirus está destacando las necesidades de la AP en Andalucía, algo que venía anunciado desde meses atrás. Las centrales sanitarias continúan movilizándose por el despido de 8.000 profesionales sanitarios el pasado

mes de noviembre, sin tener en cuenta que el Servicio Andaluz de Salud ya sufría un déficit de trabajadores en su plantilla. Por otro lado, la Junta ha incrementado un 43 por ciento en un año

el presupuesto para externalizar la Sanidad Pública hacia la privada. En esta línea, el nuevo decreto andaluz aprobado recientemente rebaja los trámites para autorizar conciertos sanitarios con centros privados.

La Junta destinará 12.900 millones de los presupuestos de 2022 a salud, el 29,4 por ciento del total y el 7,4 por ciento del PIB regional. “La mayor inversión de la historia”, ha subrayado el consejero de Salud, Jesús Aguirre.

### ARAGÓN

#### Menos dinero que el pasado año

El Gobierno de Aragón destinará en 2022

para Sanidad 2.242 millones de euros, 86 millones menos que en 2021.

Aragón presupuestó en Sanidad 2.328 millones de euros en 2021 para hacer frente a la pandemia, un 12,35 por ciento más que el año anterior. La partida también tenía en cuenta otros treinta millones de euros de los fondos europeos finalistas, que podrían elevar los recursos financieros hasta 2.358 millones de euros. Dentro de su presupuesto, el capítulo de personal supone casi la mitad: 1.198 millones, dos millones más.

### ASTURIAS

#### La AP recibirá 45 millones más que el curso pasado

El ejecutivo de Asturias destina en ese curso 45 millones más. Así, el presupuesto de la Consejería de Salud se sitúa en 11.958 millones de euros, un 2,3 por ciento más que el pasado año. Como en el resto de las Comunidades del Estado, la AP será la más beneficiada. Recibirá 322,6 millones de euros. Esto significa un 12,5 por ciento más que en el curso anterior.

El personal de AP absorberá un 25 por ciento de los presupuestos dedicados a Sanidad. Lidia Clara Rodríguez, directora general de Política y Planificación Sanitaria, reconoció que las cuentas “son una apuesta clara por la AP, la Salud Mental, la bucodental, así como para hacer hincapié en la estrategia contra el cáncer y la tecnología y salud digital”.

### BALEARES

#### Los recursos humanos serán la prioridad

La Comunidad de Las Islas Baleares-Illes Balears destinará 2010 millones de euros para Sanidad. Esto supone que incrementará esta partida un 50 por ciento en siete años. Respecto al pasado ejercicio supone un 4 por ciento.

La consejera de *Salut i Consum*, Patricia Gómez, explicó que “las cuentas se han

elaborado con el objetivo de dar continuidad y mejorar un sistema de salud público resolutorio, humano, para todos, equitativo, cercano, accesible, moderno, innovador, bien financiado y solvente”.

La AP, que contará con más de 497 millones de euros para su gestión, recibe un incremento del 9,2 por ciento, en comparación con las cuentas de 2021. Con esta partida se quiere garantizar el buen funcionamiento de la AP, según subraya Gómez.

## CANARIAS

### Entre las comunidades con menos gasto per cápita

Serán 3.461 millones de euros los que dispondrá el Servicio Canario de Salud (SCS), tal y como han informado fuentes de la Administración canaria. Aunque los fondos para Sanidad se han ido incrementando, todavía están por debajo de la media del resto de las Comunidades Autónomas del Estado.

Su presupuesto ha aumentado el 4,85 por ciento sobre el del pasado año, que ascendió a 3.301 millones, y más del 10 por ciento en relación a los años prepandémicos (3.140). El esfuerzo realizado por el Gobierno de Canarias no es nada desdeñable. En la última década aumentaron del 3 al 8 por ciento anual. El dinero de este año aumenta un 6,4 por ciento, sobre todo, en el personal para fidelizar a los profesionales durante la pandemia; así se dirigen 71 millones para reforzar las plantillas de atención al COVID-19.

Igualmente, hay fondos importantes dirigidos a la AP (23,5 millones de euros) y a la Salud Mental. Además, el SCS tiene muy en cuenta en sus presupuestos reducir las listas de espera para lo que destinan 106 millones de euros.

## CANTABRIA

### Batirá su récord en inversión

Frente a los 1.000 millones de euros del pasado año, el presupuesto de la Consejería de Sanidad en Cantabria ha aumentado en 32 millones. Por eso, pasará de los 996 millones de 2021 a 1.028 en

2022, un dato “importante”, según los responsables sanitarios cántabros, que consideran que, de este modo, se “consolida el crecimiento espectacular” de este departamento para hacer frente a la pandemia de COVID-19, que ya entre 2020 y 2021 aumentó en 75 millones su presupuesto.

Cantabria también se ha hecho eco de las demandas salariales de los profesionales aumentando en nueve

millones el capítulo de personal. Asimismo, la Atención Primaria ve incrementado su presupuesto un 7,3 por ciento respecto al pasado año.

## CASTILLA-LA MANCHA

### Presupuesto en Salud inferior al de 2021

Emiliano García Page considera que la inversión en Sanidad ha aumentado desde los tiempos de la popular María Dolores de Cospedal, pero la realidad es que los presupuestos de Sanidad tienen 45 millones de euros menos que el año 2021.

El dinero destinado a Salud es el 29,4 por ciento de los presupuestos generales del Gobierno. Se prevé que asciendan

## La Atención Primaria, colapsada por la pandemia, es la que se lleva en 2022 las mayores partidas de los presupuestos de Sanidad de todas las comunidades

a 3.620,2 millones de euros, de un total de 12.273,5 millones de euros del presupuesto global. Estas cifras suponen que, por habitante, la región destinará un total de 1.884 euros por persona en gasto sanitario.

A pesar de todo, García-Page sostiene que han aumentado más de 1.000 millones con respecto al anterior gobierno.

## CASTILLA Y LEÓN

### El mayor presupuesto sanitario de su historia

La comunidad de Castilla y León tendrá el mayor presupuesto en Sanidad desde su constitución. Serán 4.449 millones de euros, un dos por ciento más que en el ejercicio anterior. La Consejería de Sanidad gestionará casi el 43 por ciento de todos los recursos, lo que equivale al 7,05 por ciento del PIB regional.

Desde el Gobierno hacen especial hincapié en que hay que continuar haciendo frente a la pandemia de COVID-19, al tiempo que se garantiza “la mejor calidad asistencial en todas las áreas para la ciudadanía de la región”.

## CATALUÑA

### La AP como objetivo presupuestario prioritario

El ejecutivo que lidera Pere Aragonés destinará más del 26,6 por ciento del total de los presupuestos a Sanidad. De los 11.244 millones de euros para salud, 10.798 irán al Servicio Catalán de Salud. Y es que este ente gestiona la mayoría del sistema público sanitario de Cataluña. El dinero para este año supone 1.339,5 millones más que el año pasado.



## REPORTAJE

# Atención Primaria, modesta estrella de unos presupuestos sanitarios al alza

El gobierno catalán ha incrementado en más de un 32 por ciento el dinero dirigido a la AP, a la que destinará 390,4 millones de euros. Del mismo modo, cabe destacar lo dedicado a Salud Mental, que recibirá una partida de 505,1 millones de euros.

Entre los objetivos del Gobierno figuran también que las infraestructuras sanitarias se vean reforzadas.

### EXTREMADURA

#### La AP recibirá el 35,5 por ciento del dinero destinado a Salud

El Servicio Extremeño de Salud (SES) aumentará la inversión en política sanitaria este año en un 7 por ciento, con 2.008,5 millones de euros; como la mayoría de las Comunidades, realiza un esfuerzo histórico en sus presupuestos sanitarios. “El mayor de la historia”, según los responsables sanitarios.

El SES plantea la renovación de los equipos de alta tecnología sanitaria que tengan más de 10 años de antigüedad. A esta renovación se suma la partida de 17,8 millones de euros para la ejecución del módulo de consultas externas del nuevo hospital Don Benito-Villanueva de la Serena (16 millones, en 2022, y otros 16, en 2023).

En lo que atañe al personal, en salud destaca el programa de formación de sanitario residente, con 38,3 millones, un 20,19 por ciento más que el año pasado. La Atención Especializada contará con el 58,96 por ciento del presupuesto del SES, 1.173,1 millones de euros, mientras que la AP dispondrá del 35,5 por ciento del presupuesto sanitario, unos 706,3 millones de euros.

### GALICIA

#### Se crearán 1.388 nuevos puestos para sanitarios

El consejero de Sanidad de Galicia, Julio García Comesaña, ha destacado que el Eje-

cutivo gallego destinará a la Sanidad pública el próximo año 4.589 millones de euros, lo que supone un incremento del 6,2 por ciento de los Fondos Estructurales, es decir, 268,7 millones más que el año anterior.

Para este año, ha anunciado la realización de pruebas para 680 plazas ya convocadas y podrían convocarse otras 1.800 de la oferta de trabajo de 2020 y 2021.

Para abordar la escasez de profesionales existente en todo el país, Comesaña ha señalado que su departamento creará la categoría de médico especializado de AP, que combina la atención regular y la atención de urgencia en los PAC.

En el apartado dedicado a los gastos de personal, los presupuestos incorporan los más de 115 millones que el año pasado fueron del Fondo COVID-19, lo que significa un aumento de más del 6 por ciento. Este incremento, ha apuntado el consejero, es especialmente sustancial en el personal de AP, donde se consolidan unos 40 millones del Fondo COVID-19 y se incorporan otros 5,5 millones más, lo que supone un incremento del 9,1 por ciento en la dotación estructural para el personal de Primaria.

### MADRID

#### El porcentaje más bajo de los últimos años

La inversión en Sanidad en la Comunidad de Madrid supondrá el 38,1 por ciento del gasto, el porcentaje más bajo de los últimos años. La partida supondrá este año 8.784

millones de euros, 693 millones más que lo presupuestado en 2019. Según estos datos, el aumento del 8,6 por ciento es la partida que menos sube de todas las cuentas públicas, cuya media se encuentra en el 15 por ciento, a pesar de la situación provocada por la pandemia.

### Euskadi es la autonomía que más invierte, con 1.991 euros por persona, y la que menos Madrid, con 1.300

El ejecutivo popular de Díaz Ayuso ha destinado 178 millones menos a Sanidad que en 2019 cuando la cifra ascendió a 8.962 millones.

En las cuentas de Madrid, Sanidad pierde de nuevo peso; un descenso que comenzó en 2015 cuando el presupuesto fue del 45,6 por ciento. Al año siguiente bajó al 44,13 por ciento y, de este modo, ha seguido bajando.

### Los fondos europeos que recibirá el Estado harán que las partidas destinadas a Sanidad alcancen, en muchos casos, cifras históricas récords

La AP madrileña recibirá 2.055,8 millones, el área que menos recursos económicos recibe a pesar de los

problemas que registra y que los sanitarios denuncian como un colapso global del sistema.

Se destinará una partida de 65 millones a reducir las listas de espera. Y el nuevo Plan de Salud Mental y Adicciones 2022/2024 contará con una inversión de 33 millones.

### LA RIOJA

#### El 42 por ciento del gasto sanitario será para reforzar la AP

Este año La Rioja dirigirá para Sanidad 552 millones de euros, lo que supone el 30 por ciento de la dotación total presupuestaria de la región. La responsable de la Sanidad riojana, Sara Alba, mostró su satisfacción al subrayar que son “los ma-



yores presupuestos de la historia de la comunidad”.

Entre los puntos claves de los recursos sanitarios resalta la intención de reforzar la AP, a la que se destinará más del 42 por ciento de las inversiones sanitarias. En total, la AP recibirá 238 millones de euros, destinados principalmente a su mejora, reteniendo a sus profesionales, al tiempo que atrayendo talento.

El presupuesto también contempla destinar un 33,27 por ciento en gasto de personal para el servicio riojano.

En total, la AP recibirá 238 millones de euros.

## MURCIA

**Destinará 184 millones cada mes para el sistema sanitario**

El Sistema Sanitario Murciano dispondrá para Sanidad este año de 2.212 millones de euros, 17 millones más respecto a 2021, año en el que se registró

## La partida para Salud en Murcia supone el 41 por ciento del presupuesto autonómico

una subida del 13,7 por ciento sobre el ejercicio anterior. La partida para Salud supone el 41 por ciento del presupuesto autonómico, lo que se traduce en más de 6 millones diarios, 184 millones cada mes destinados al sistema sanitario.

Juan Pedro Pedreño, consejero de Salud, destaca los 318 millones de euros que irán para la AP. En esta dotación se incluye una partida de cerca de tres millones para pagar jornadas



## REPORTAJE

# Atención Primaria, modesta estrella de unos presupuestos sanitarios al alza

complementarias a los profesionales de salud en los ambulatorios, así como un millón para la formación integral de personal de AP, así como del nivel hospitalario.

Otro de los objetivos claves de la comunidad es rebajar las listas de espera. Para ello, han habilitado 8,4 millones de euros; y la dotación global para reforzar a los profesionales de la Sanidad pública asciende a 1.422 millones de euros. Las inversiones en hospitales y ambulatorios se llevan 79,5 millones; las mejoras en AP, 65,3; y a la lucha contra la pandemia el Gobierno murciano dirigirá 174 millones de euros.

### NAVARRA

#### Prioridad en la mejora de las UCI

La Comunidad Foral de Navarra destinará este ejercicio 1.260 millones de euros a Sanidad, lo que supone un ligero aumento del 0,57 por ciento con respecto a la inversión en esta área en 2020, que fue cuando más se invirtió con respecto al 2019, tras el gasto generado por la pandemia.

Navarra se ha fijado invertir en 2022, sobre todo, en la mejora de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en los quirófanos del Hospital Reina Sofía de

Tudela, la reforma del Hospital García Orcoyen de Tudela y la construcción de diez nuevos centros de salud en un plazo de tres años.

El ejecutivo navarro ha presupuestado el refuerzo del personal sanitario y de la Psicología en AP, así como la creación de una empresa pública de ambulancias.

Este punto salió gracias a la decisión de EH-Bildu que, con la abstención de sus parlamentarios, apostó por facilitar en las cuentas el presupuesto para las ambulancias públicas.

### PAÍS VASCO

#### Uno de cada tres euros del Gobierno vasco se destinará a Sanidad

El País Vasco dispondrá este año de 4.325 millones de euros para Sanidad, lo que implica alrededor de 200 millones más que el año pasado. Suponen dos de cada tres euros del presupuesto del Ejecutivo de Urkullu. El gasto del departamento de Salud de Gortze Sagardui se sitúa, como años anteriores, a la cabeza en gasto público de las comunidades del Estado, con cerca de 1.984 euros por habitante y año.

Con la pandemia, desde el Gobierno de Lakua aseguran que no se van a escatimar esfuerzos para reforzar el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y que con esta idea matriz reforzarán la AP.

La mayor partida del departamento de Salud se destina un ejercicio más a Osakidetza, que recibe 3.333,3 millones de euros a través del contrato programa para el funcionamiento diario de las organizaciones sanitarias (un 3,6 por ciento más que en 2021).

Por su parte, la cuantía dedicada a la investigación en salud crece un 15,5

por ciento y alcanza los 25,2 millones de euros.

### COMUNIDAD VALENCIANA

#### El objetivo es consolidar el empleo y crear nuevas plazas

La Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana tendrá el mayor presupuesto de todas las áreas con 7.937,7 millones de euros, lo que representa 41,7 millones más que el año 2021. El dinero para Sanidad se ve aumentado en 1.072 millones con respecto al último presupuesto anterior a la pandemia, un 15,8 por ciento más.

Son presupuestos diseñados para fortalecer el Sistema Valenciano de Salud y garantizar a la ciudadanía el acceso universal, equitativo y de calidad a los recursos sanitarios y asistenciales.

La consellera del área, Ana Barceló, sostiene que se van a crear 6.000 plazas estructurales de profesionales sanitarios, de las cuales el 26 por ciento serán para reforzar la AP, el 4 por ciento para el Plan de Salud Mental (250 plazas), el 2,6 por ciento para Salud Pública (157 plazas) y para la atención hospitalaria de crónicos y agudos y al resto de necesidades asistenciales se destinará un 67 por ciento de la dotación estructural.

Del presupuesto en inversiones desglosado por territorios, más de 23 millones de euros (el 8,92 por ciento) se destinará a proyectos de la provincia de Castellón, 95,36 a Alicante (37,01 por ciento) y 139,3 millones a Valencia (54,06 por ciento) ■

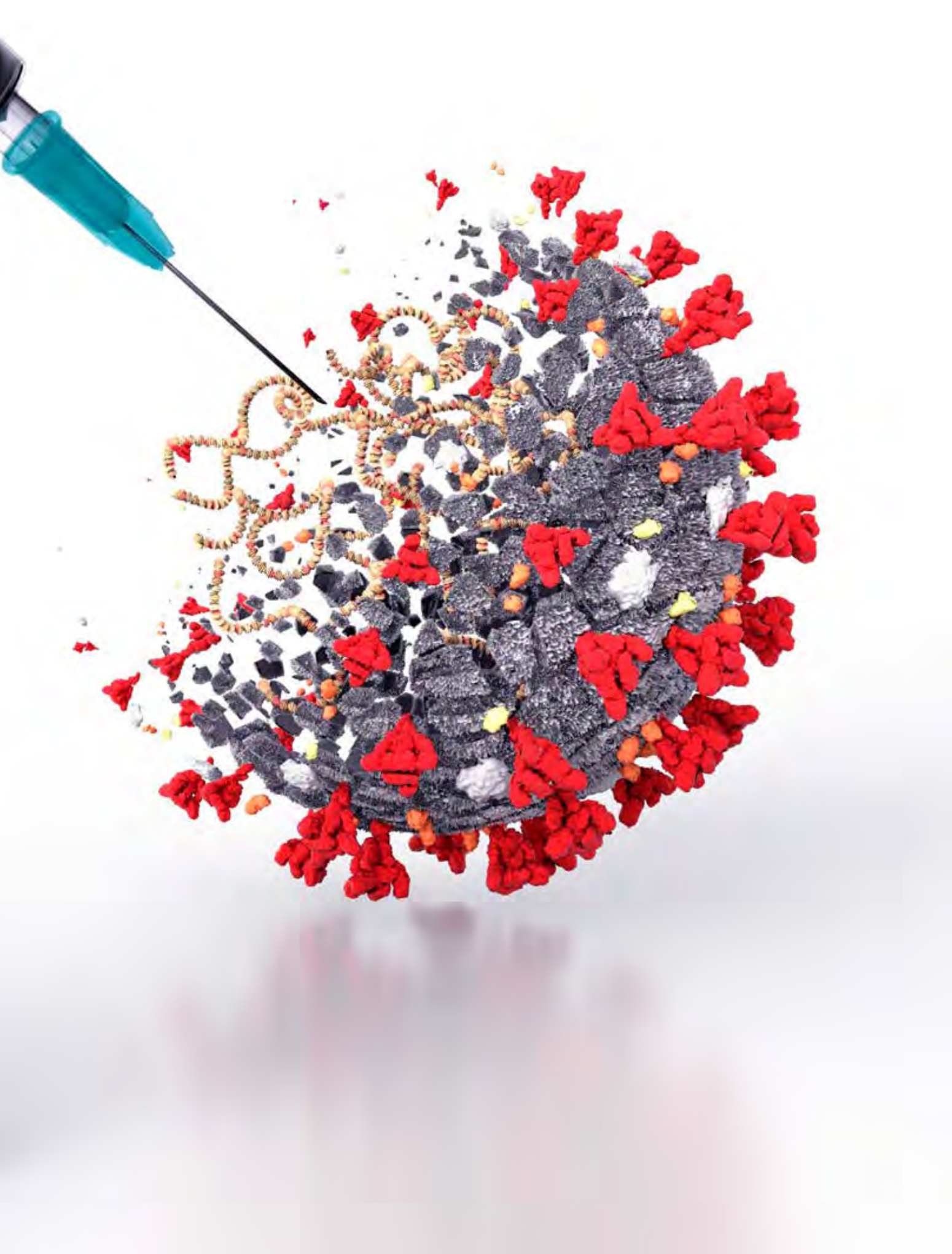


**Formación • Comunicación • Investigación**



**saned.** **40** años *contigo*  
GRUPO

tu  
éxito  
es  
nuestro  
éxito





# Vacunas españolas en la carrera contra el coronavirus

La más temprana podría ser la vacuna de Hipra, que trabaja en la fase III de sus ensayos clínicos. Las tres del CSIC se encuentran en fase preclínica. Por su parte, la vacuna de Mariano Esteban es la más avanzada, pero está a la espera de autorización por parte de la AEMPS.

Texto | Laura Clavijo



## REPORTAJE

# Vacunas españolas en la carrera contra el coronavirus

Actualmente son cinco las vacunas autorizadas por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para su uso en la Unión Europea. Hablamos de las vacunas de ARN mensajero (Moderna y Pfizer) y las de vectores virales (AstraZeneca y Janssen).

La quinta en esta lista de herramientas contra la COVID-19 es Novavax, de origen estadounidense. La EMA aprobó la vacuna Novavax en Europa el pasado 20 de diciembre, en plena crisis de la variante ómicron.

Novavax es la primera vacuna contra la COVID-19 a base de proteínas, una tecnología más tradicional que la de las vacunas disponibles y que produciría menos efectos secundarios. Con las vacunas de proteínas existe ya experiencia previa en la lucha contra otras enfermedades. Es similar a la española de Hipra.

### Vacuna de Hipra

La multinacional farmacéutica HIPRA, con sede en Amer (Girona), está investigando una nueva vacuna frente a la COVID-19 basada en proteína recombinante. Se conservará entre dos y ocho grados y sería inyectable.

En ensayos preclínicos se ha demostrado que el prototipo de vacuna funciona en modelos animales, habiéndose inmunizado ratones, siguiendo una pauta vacunal de dos administraciones.

Tras la inmunización, se concluyó que la vacuna de HIPRA induce IgG y anticuerpos neutralizantes frente a las variantes alfa, beta, gamma y delta del SARS-CoV-2, una respuesta celular de linfocitos T y sin efectos adversos.

El 15 de noviembre HIPRA recibió la autorización por parte de la AEMPS para iniciar la Fase IIb del ensayo clínico de la vacuna de HIPRA contra la COVID-19 que se ha llevado a cabo en 10 hospitales españoles (más de 1.000 voluntarios).

Si los resultados que se obtienen son favorables, HIPRA podría iniciar la Fase III. La previsión es que la vacuna pueda estar disponible entre el primer y segundo trimestre de este año, según indican desde HIPRA.

### Enjuanes y Sola

Muchos hablan del prestigioso virólogo del CSIC Luis Enjuanes como el que será padre de las vacunas españolas contra la COVID-19. La ventaja de la vacuna en la que trabajan Luis Enjuanes e Isabel Sola se basa en el modelo de replicón de ARN, que generaría una respuesta inmunológica más fuerte. Concretamente, esta vacuna desarrolla un virión sintético al que se le han eliminado los genes de virulencia mediante ingeniería genética.

En la jornada organizada el pasado mes de noviembre por la Real Academia de Ciencias Exactas y la Sociedad Española de Virología, Enjuanes explicaba que se trata de una copia sintética casi completa del SARS-CoV-2. Tiene características del virus, pero no es transmisible célula a célula. Entra en las células, pero no sale de ellas. Este virión sintético tiene las mismas proteínas que el virus real, por lo que genera una respuesta inmunitaria potente. Se aplicaría mediante spray o aerosol, aunque no descartan una versión para inyectar.

La vacuna se encuentra en fase preclínica con ensayos en modelos animales. Esperan poder empezar a probarla en humanos en el tercer trimestre de este año.

### El proyecto de Mariano Esteban y Juan García Arriaza

Denominado CSIC-Biofabri, consiste en utilizar como vehículo un virus inactivado de la familia de la viruela para introducir

la proteína spike del SARS-CoV-2, que es la que permite que el virus entre en las células. De esta forma se lograría inmunizar a las personas para que generen anticuerpos contra esa proteína.

Esta vacuna, una de las más avanzadas, se encuentra en estos momentos paralizada. Tras la finalización de la fase de estudios con animales, la AEMPS debía autorizar la primera fase con humanos. La luz verde no ha llegado y todavía no se ha informado del motivo de la paralización.

Dese el CSIC afirman que están a la espera de recibir el informe. Algunos medios de comunicación afirmaban este verano que el motivo de la paralización podía deberse a problemas de salud de

uno de los primates que formaba parte de la investigación, algo que tanto Mariano Esteban como el CSIC desmintieron.

### El proyecto de Vicente Larraga

Esta vacuna también es del CSIC y está siendo desarrollada por el laboratorio de Parasitología Molecular que dirige Vicente Larraga en el Centro de Investigaciones Biológicas Margarita Salas.

Consiste en colocar un gen de un antígeno del SARS-CoV-2 en un vehículo sintético de ADN (un plásmido) que pueda ser introducido en el organismo del paciente e inducir la protección frente a la infección. Se trataría de una vacuna inyectable y que se conservaría a temperatura ambiente. Este proyecto se encuentra en fases preclínicas en modelos animales ■

**La vacuna en la que trabajan Luis Enjuanes e Isabel Sola se basa en el modelo de replicón de ARN, que generaría una respuesta inmunológica más fuerte**

#### Nota de redacción

Fecha de cierre de este reportaje:  
18 de enero

# 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.







PROYECTO **MEJORÉ**

# Manejo de la disfunción eréctil

## COORDINADORES

**Jesús Moreno Sierra**

Jefe de Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) y profesor titular de Urología de la Universidad Complutense de Madrid.

**Natalia Pérez Romero**

Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Texto | Redacción



## PROYECTO MEJORÉ Manejo de la disfunción eréctil

Debido a la alta prevalencia de esta patología en los hombres y al gran impacto que produce sobre la calidad de vida, tanto del varón que lo presenta como de su pareja, y a su conocida relación con la enfermedad cardiovascular<sup>3</sup>, es importante optimizar la práctica clínica de la DE, para llevar a cabo un adecuado manejo que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Aunque se dispone de diversos fármacos para la DE, el 30-40% de los pacientes no responden al tratamiento en monoterapia, por lo que es necesario recurrir a la combinación de fármacos. Las guías nacionales e internacionales ofrecen recomendaciones para el abordaje de estos pacientes<sup>4,7</sup>, pero en un momento en que se tiende cada vez más a la individualización del tratamiento es fundamental que los médicos conozcan bien cómo debe ser el manejo diagnóstico y terapéutico para optimizar resultados y adaptarlo a las expectativas del paciente.

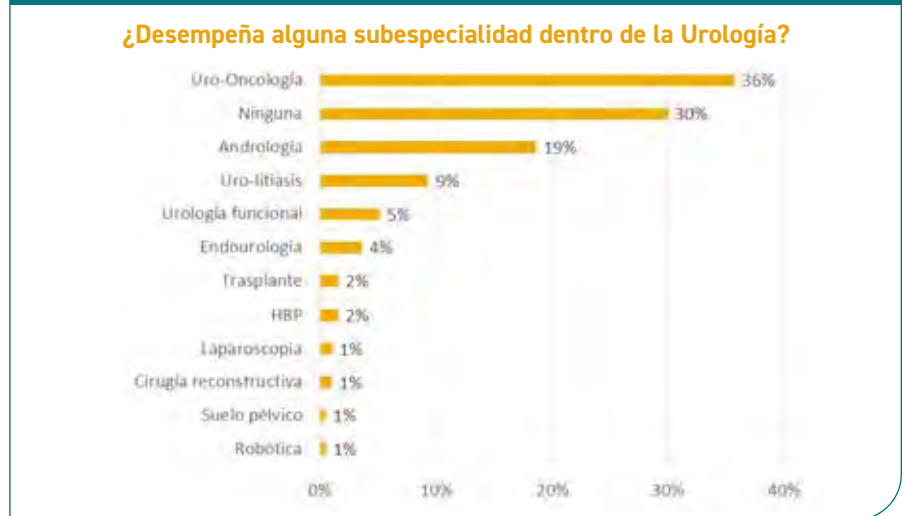
### Proyecto MEJORÉ

Evaluar el manejo práctico de esta patología en las consultas de Urología ha sido el objetivo del estudio MEJORÉ, un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado, en el que participaron 193 especialistas en Urología de todo el territorio nacional.

Los participantes tuvieron que cumplir un cuestionario online, desarrollado por el comité científico específicamente para el proyecto MEJORÉ, que estaba estructurado en cuatro bloques distintos: epidemiología de la DE, factores de riesgo, manejo diagnóstico y manejo terapéutico.

Las comunidades más representadas fueron Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana. El 72% de los participantes eran hombres, y la edad media fue de aproximadamente 41,5 ( $\pm 9,7$ ) años. La experiencia media fue de 14,65 ( $\pm 9,5$ ) años.

Figura 1. Porcentaje de participantes en función de la subespecialidad que desempeñaban dentro de la Urología. Multirrespuesta. N = 193



Casi la mitad de los urólogos encuestados había participado en algún programa de formación en el campo de la disfunción eréctil en el año previo, el 22% como formadores y el 88% como discípulos. La mayoría refirió desempeñar alguna subespecialidad dentro de la Urología, siendo la más frecuente la Uro-oncología, seguida de la Andrología y la urolitiasis (Figura 1). Casi la totalidad de los participantes trabajaban en el ámbito público, en hospitales de tercer nivel.

El 89% de los participantes manifestó pertenecer a la Asociación Española de

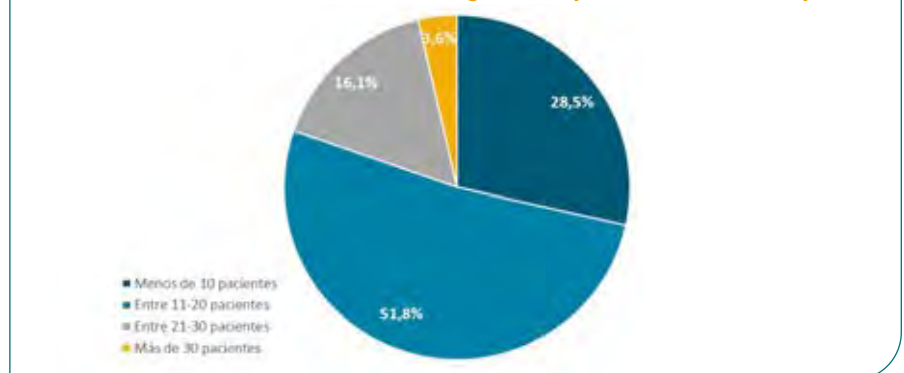
Urología. En el ámbito de la andrología la asociación más representada por los participantes fue Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva.

### Epidemiología de la DE

La mitad de los encuestados manifestó atender una media de entre 50 y 100 pacientes, de los cuales entre 10 y 20 eran pacientes con DE (Figura 2). Un 20% de los profesionales ven un número mayor, probablemente aquellos dedicados a la andrología.

Figura 2. Porcentaje de participantes en función los pacientes que en una semana normal consultaban por DE. N = 193

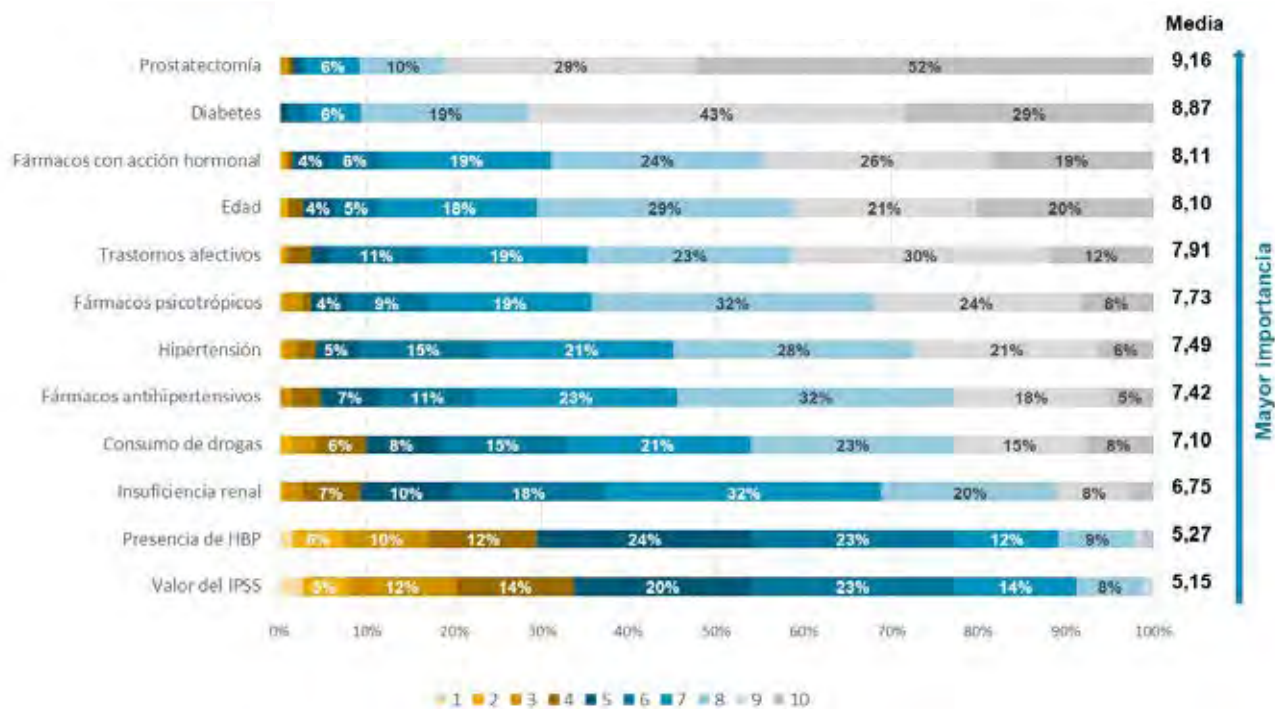
En su consulta, en una semana normal, ¿cuántos pacientes consultan por DE?





**Figura 3.** Porcentaje de participantes en función de la importancia que otorgaron a los factores de riesgo de la DE listados, en una escala de 10 a 1, siendo 10 el más importante. N = 193

**Puntúe cada uno de los siguientes factores de riesgo de la DE en función de su importancia en el desarrollo de DE, siendo 10 la máxima y 1 la mínima importancia**



**La prostatectomía radical es uno de los principales factores de riesgo de DE**

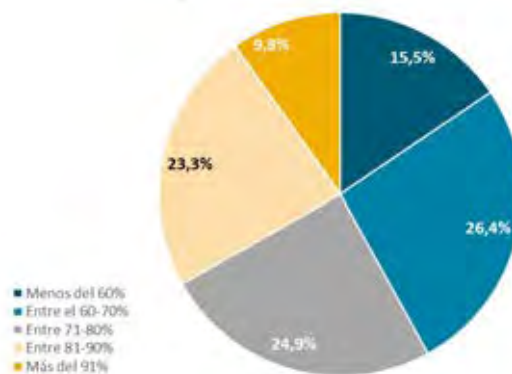
### Factores de riesgo de DE

Los principales factores de riesgo expuestos por los encuestados para presentar DE eran la realización de una prostatectomía radical, diabetes, el uso de fármacos de acción hormonal y la edad (Figura 3).

En relación con la prostatectomía radical, existe un amplio acuerdo en que es uno de los factores de riesgo más importante de DE, de tal manera que el 84% de

**Figura 4.** Porcentaje de participantes en función la proporción de pacientes sometidos a una prostatectomía radical que presentaban DE. N = 193

**En su consulta, ¿qué proporción de los pacientes a los que se ha sometido a una prostatectomía radical presentan DE?**



los participantes consideraba que más del 60% de sus pacientes presentaban DE tras ser sometidos a prostatectomía

(Figura 4). Asimismo, la mitad de los encuestados afirmaban que más del 60% de los pacientes que recibían radioterapia



## PROYECTO MEJORÉ

### Manejo de la disfunción eréctil

como tratamiento del cáncer de próstata presentaban DE.

El origen vascular era según los encuestados la causa más frecuente de disfunción eréctil, seguida del origen iatrogénico y el psicógeno. La ansiedad por el fracaso sexual también es considerada un factor importante para el desarrollo de DE.

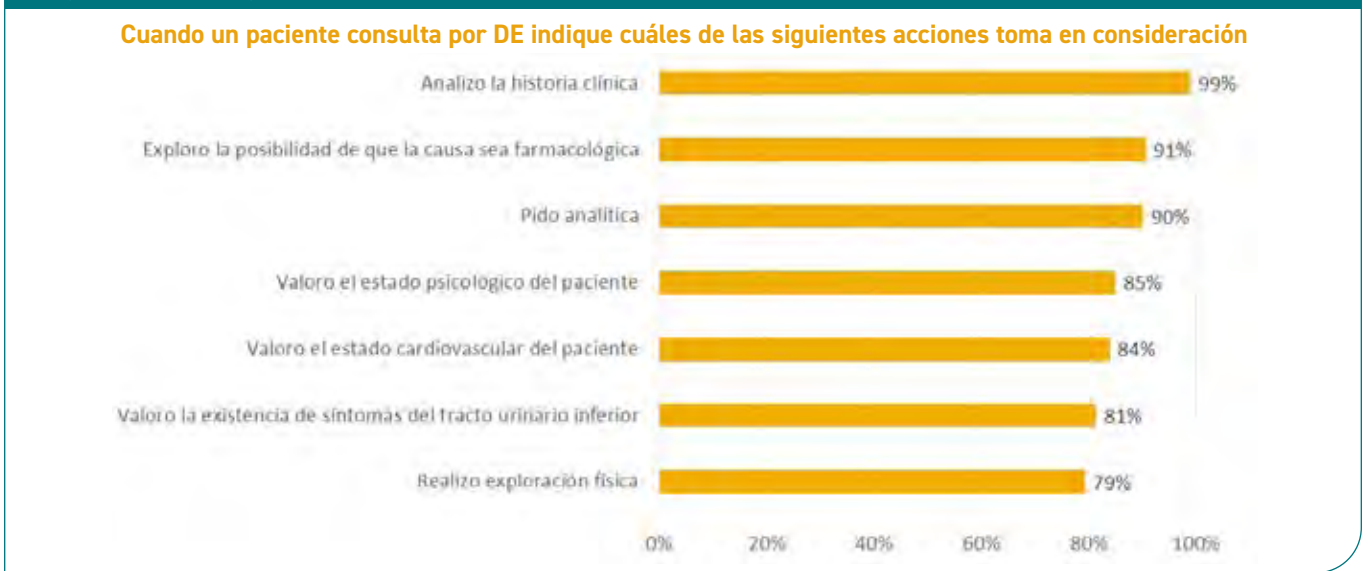
#### Manejo diagnóstico de la DE

Más del 80% de los encuestados refería realizar un manejo diagnóstico inicial que incluía la realización de una historia clínica con especial atención a la historia sexual, evaluación del estado psicológico y existencia de síntomas de hipogonadismo o de síntomas del tracto urinario inferior

(Figura 5). Un 44% de los participantes expuso que utilizaba un cuestionario validado de síntomas en la evaluación de pacientes con DE, siendo el utilizado por el 94% de ellos el IIEF y solo el 14% su versión reducida, el IIEF-5.

Casi el 80% de los encuestados realizaba una exploración física, que la gran mayo-

**Figura 5.** Porcentaje de participantes en función de las acciones que tomaba en consideración cuando un paciente consultaba por DE. Multirresponsta. N = 193



**Figura 6.** Porcentaje de participantes en función de a qué dirigía la exploración física cuando un paciente consulta por DE. Multirresponsta. N = 119



ría dirigía al sistema genitourinario, incluido el tacto rectal, siendo mucho menor el porcentaje que explora otras regiones para identificar cualquier anomalía física, evaluar las condiciones comórbidas y revelar factores de riesgo importantes para la DE (Figura 6). También la mayoría solicitaba analítica de forma sistemática, pidiendo prácticamente todos la determinación de testosterona seguida de glucemia.

Más de la mitad de encuestados evaluaba el riesgo cardiovascular solo en pacientes con factores de riesgo (Figura 7), y alrededor del 60% utilizaba la ecografía doppler con test de inyección intracavernosa como prueba diagnóstica especializada, haciendo seguimiento trimestral o semestral la mayoría de ellos.

**El 60% de los encuestados evalúa el riesgo cardiovascular solo en pacientes con factores de riesgo**

Con la evaluación inicial se recomienda comenzar un tratamiento sin necesidad de estudios más avanzados. De necesitar pruebas especializadas las más utilizadas son la ecografía peneana con test de inyección intracavernosa, que explora la función vascular. Otros estudios mucho más específicos, como estudios radiológicos intervencionistas, arteriografía y cavernosografía o estudios neurológicos, apenas son utilizados en la actualidad como refleja la encuesta realizada.

Un punto interesante a destacar es que la mitad de los encuestados considera que existe una falta de implicación desde atención primaria en el manejo de los pacientes con DE, lo que abre una vía por donde mejorar, estableciendo estrategias para incluir al médico de atención primaria en la atención y manejo de estos pacientes.

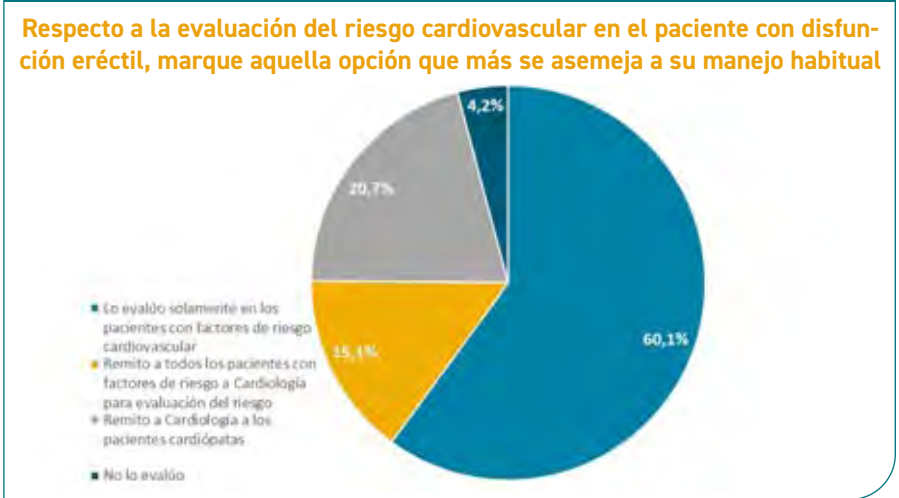
### Manejo terapéutico de la DE

El 63% de los participantes afirmó que pautaba tratamiento desde la primera consulta. Aunque las recomendaciones más actuales sobre el manejo terapéutico destacan la necesidad de explicar al paciente los factores tanto psicológicos como fisiológicos que intervienen en la respuesta sexual individual, exponer las expectativas y necesidades y las opciones de tratamiento disponibles<sup>7</sup>, solo la mitad de los urólogos decía proceder de este modo.

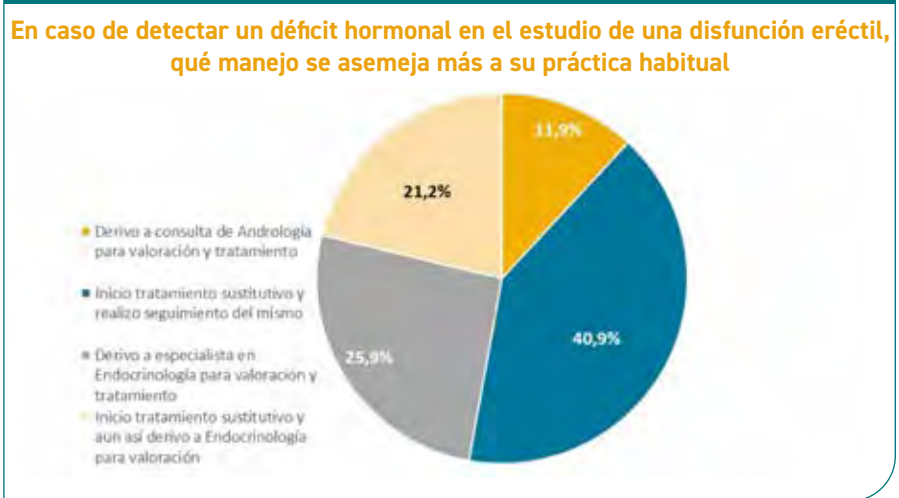
Menos de la mitad de los encuestados afirmaba iniciar tratamiento y seguir a pacientes con déficits hormonales (Figura 8). La mitad recomendaba ir a psicólogo sexólogo en caso de encontrar origen psicógeno, pero no concretaban a cuál.

Respecto al tratamiento sintomático en la práctica habitual, un 40% de los encuestados utilizaba como primera opción un IPDE-5, y entre estos tadalafilo o sildenafil eran los prescritos con mayor frecuencia (Figura 9).

**Figura 7. Porcentaje de participantes en función de su práctica habitual respecto al riesgo cardiovascular en pacientes que consultaban por DE. N = 193**



**Figura 8. Porcentaje de participantes en función de su manejo de un déficit hormonal en un paciente con DE. N = 193**





## PROYECTO MEJORÉ

### Manejo de la disfunción eréctil

Figura 9. Porcentaje de participantes en función de las opciones de tratamiento de la DE que incluía en su práctica habitual. Multirresponsta. N = 193

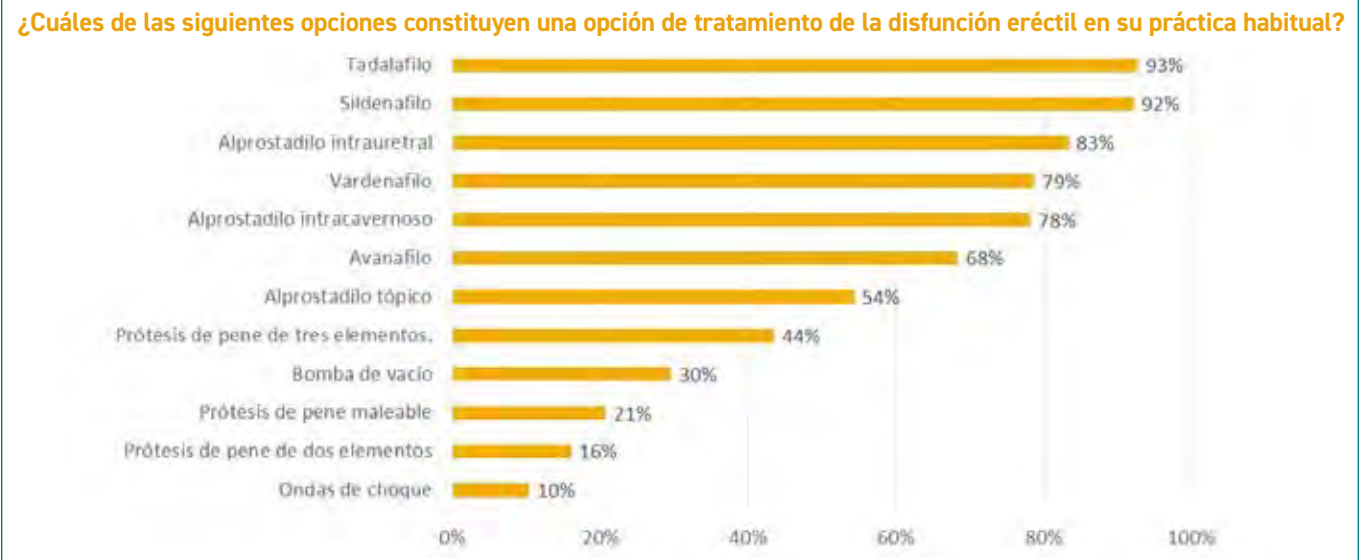
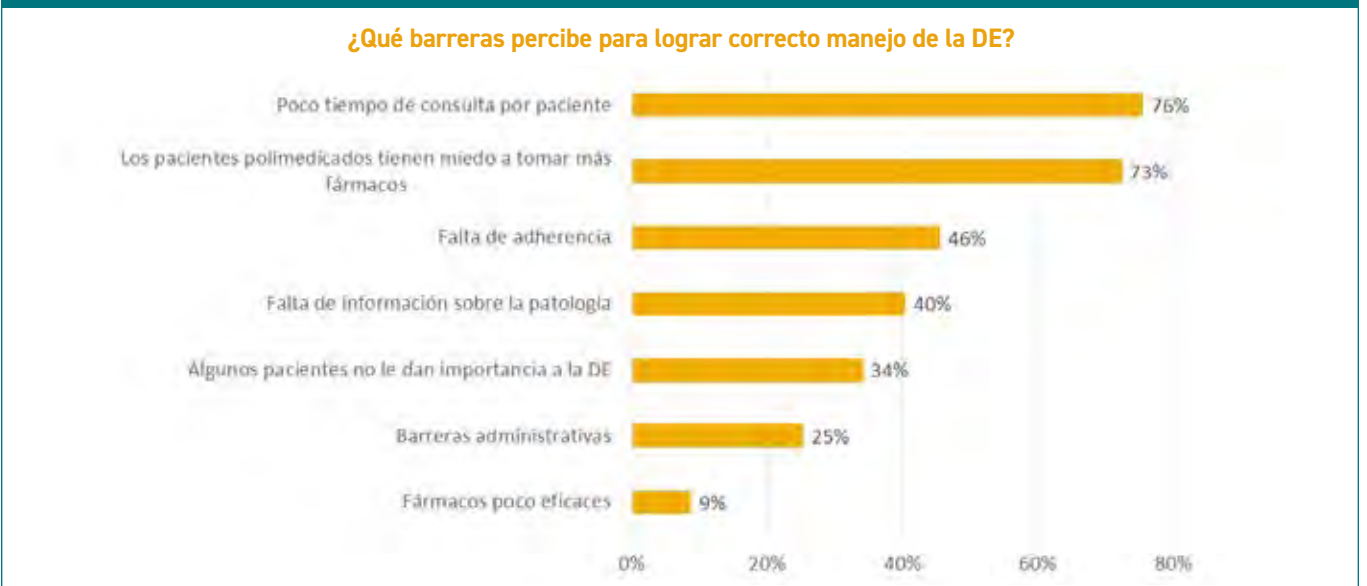


Figura 10. Porcentaje de participantes en función de las barreras que percibía para lograr un correcto manejo de la DE. N = 192



En cuanto a la dosis de IPDE-5, un número similar de especialistas (40%) dice comenzar con la dosis plena y bajar según eficacia y efectos secundarios y un 37% dice iniciar con dosis media y modificar posteriormente según resultados. En casos de no respuesta a un fármaco oral, el 42% de los expertos optaba por asociarlo con alprostadilo y un 30% probaba antes con otro fármaco oral y

**El poco tiempo de consulta y la polimedicación son las principales barreras para lograr el correcto manejo de la DE**

solo ante la falta de respuesta asociaba alprostadilo. El fármaco asociado con más frecuencia a alprostadilo era tadalafil.

Respecto a la seguridad, que es, según los investigadores, el aspecto más importante a la hora de elegir un tratamiento, los expertos califican como más seguro alprostadilo, por encima de los cuatro IPDE-5



disponibles, ya que es el único que se administra de forma local y evita por tanto los efectos sistémicos.

Las principales barreras reflejadas por los encuestados en el manejo de la DE fueron el poco tiempo de consulta por paciente y el miedo de los pacientes polimedificados a tomar más fármacos (Figura 10).

### La tendencia actual en el manejo terapéutico de la DE implica una mayor individualización

#### Bibliografía

1. Fernández Montarroso L, Moreno Sierra J, et al. Aspectos generales de la disfunción eréctil: concepto, clasificación y causas. Clin. Urol. Compl. 2004; 10:61-73.
2. McCabe M, Sharlip I, Atalla E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med. 2016; 16:569-75.
3. Martín Morales A, Sánchez Cruz J, et al. Análisis epidemiológico de la disfunción eréctil en España. Estudio EDEM. Clin Urol Compl. 2004; 10: 45-60.

4. Puigvert Martínez A, Pomerol Montseny J, Martín Morales A. Documento de consenso sobre disfunción eréctil Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica, S.L. 2013.
5. Nehra A, Lackson G, Miner M, et al. The Princeton III consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. Mayo Clin Proc. 2012;87;766-78.
6. Documento de consenso sobre disfunción eréctil SEMERGEN. 2003; 29(5):255-63.
7. Montorsi F, Adaikan G, Becher E, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. J Sex Med. 2010; 7:3572.


## CONCLUSIONES

- ✓ La DE se maneja en las consultas de Urología, tanto por urólogos subespecializados en andrología como por urólogos sin esta subespecialización.
- ✓ El manejo sigue, en general, las principales recomendaciones dadas por las guías de práctica clínica.
- ✓ Para mejorar en el manejo de estos pacientes, debería aumentar la implicación de la Atención Primaria, y mejorar la relación con otras especialidades implicadas en el manejo multidisciplinar de la patología.
- ✓ La tendencia actual en el manejo terapéutico de la DE implica una mayor individualización y promueve una implicación del paciente y de su pareja en la toma de decisiones, lo cual exige un mayor tiempo en consulta del que suele disponerse actualmente en la atención habitual ■





# La prueba del congreso: original peritaje médico

Autor  Ángel Rodríguez Cabezas. Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas. Sociedad Española de Historia de la Medicina



## HISTORIA DE LA MEDICINA

### La prueba del congreso: original peritaje médico

Desde hace algún tiempo el matrimonio eclesiástico es susceptible de ser anulado. Son muchas las causas que hacen posible la disolución del vínculo sacramental, justificándose como tales tanto factores orgánicos como psicológicos o sociales, independientemente de que el matrimonio se hubiera o no consumado.

No ocurría lo mismo siglos atrás, donde la impotencia del varón era la única causa aceptable para determinar como nulo el matrimonio. Sin embargo, antaño la disfunción eréctil, que es expresión más acorde con el léxico de los médicos y resulta a la postre menos peyorativa, era muy difícil de demostrar, no sirviendo como prueba el simple testimonio de los cónyuges.

Fue en el siglo XIV cuando las cosas se simplificaron para la decisión judicial eclesiástica, al aceptar el derecho canónico una prueba de peritaje médico un tanto singular, de la que nos habla Guido de Chauliac (1300-1368) que fue médico de tres pontífices y tuvo gran influencia tanto en la Iglesia Católica como en el desarrollo de la cirugía.

Se llamó a esta forma de peritación médica la Prueba del Congreso, término noble y singular. El diccionario de Roque Barcia, del siglo XIX, es el primero en señalar -hoy ya lo recogen casi todos los diccionarios- que congreso quiere indicar cópula carnal, y como también esta última expresión es sinónima de ayuntamiento, vengo en cavilar de qué dedicaciones extraordinarias hubieron de hacer gala, quizás en otras témporas, diputados y concejales para que estos términos (congreso, ayuntamiento y cópula carnal) viniesen a significar idéntica lúdica actividad.

Quizás sea oportuno resaltar aquí que en ciertos estratos sociales del medio rural - muchos de los médicos lo podrán atestiguar- el vocablo concejales (es inútil bus-



car esta acepción en los diccionarios al uso) es sinónimo también de los atributos donde el vulgo hace residir la virilidad del varón, con lo cual se concluye la importancia en temas de sexualidad de considerar todas las posibilidades del entramado sinónimo para no errar en la aplicación correcta del término

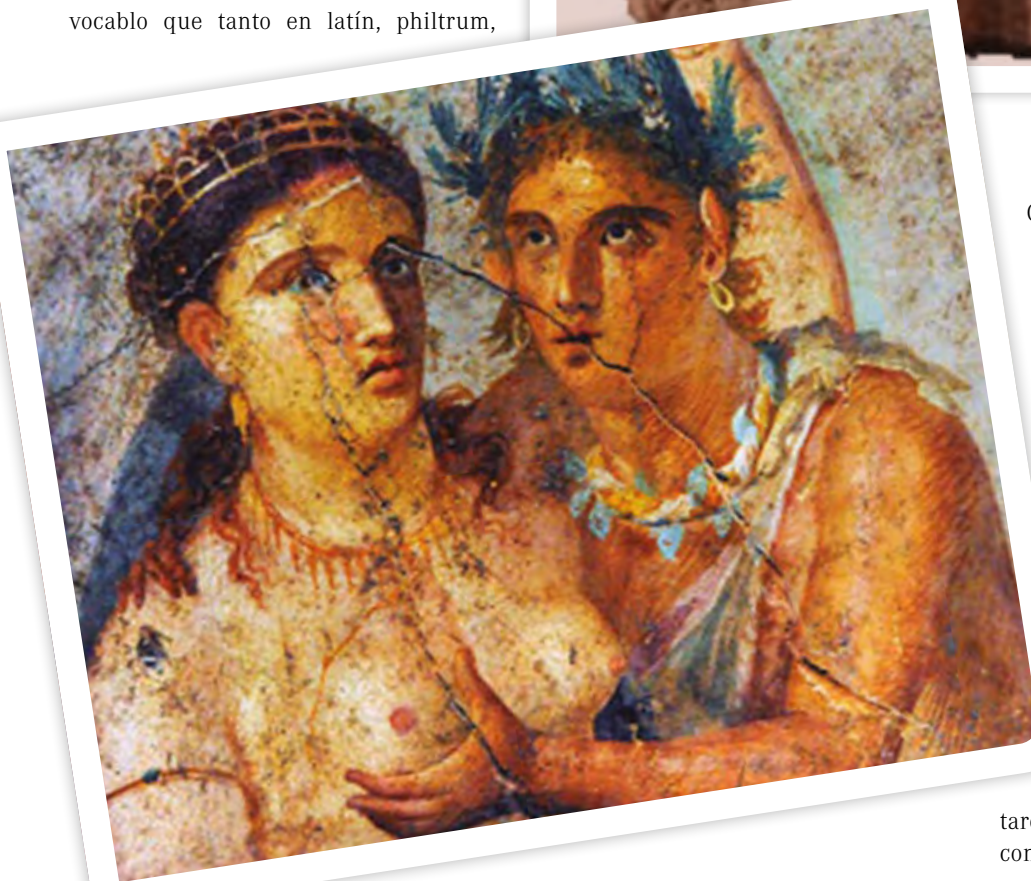
haciéndolo adecuado a cada acción y circunstancia. Así, de esta forma, en tan singular y sexual etimología, quedan unidos para siempre congreso, ayuntamiento y concejales.

**La prueba del congreso fue abolida del repertorio médico diagnóstico en el año 1677**

Volviendo, pues, a la Prueba del Congreso, es útil reseñar cómo debe efectuarse, según lo que Guido Chauliac, el



cirujano más importante del siglo XIV, nos cuenta en su obra: “El médico examinará el temperamento y conformación de las partes que han de engendrar. Después nombrará una matrona sabia y experta en estas materias y ordenará que marido y mujer yazcan en su presencia durante varios días. Ella les exhortará a acariciarse y a besarse, les hará tomar algunos remedios ordenados por los médicos para excitar el apetito venéreo, les ungirá los genitales con unguento apropiado y ante fuego de sarmientos”. Entre esas recetas médicas para anular la apatía sexual se encontraban los filtros amorosos: vocablo que tanto en latín, *philtrum*,



como en griego, *philtrum*, significa brebe destinado a provocar el amor. Y es así como se ingirieron enormes cantidades de cantaridina, componente activo de las cantáridas, insectos coleópteros, que en pequeñas dosis sólo produce una ridícula irritación uretral, pero que

en sobredosis puede fácilmente originar, al que lo toma, la situación irreversible de antepasado.

Luego, el relato de la matrona servirá al médico para emitir su juicio clínico sobre la existencia o no de impotencia.

Como paradigma de la inapelabilidad de esta prueba podemos considerar el divorcio de Enrique IV el Impotente, a causa del dictamen de médicos y matronas que encontraron virgen a su esposa, la reina de Navarra.

Probablemente esta prueba la recoge ya el “*Constitutio criminales Carolina*” (1532) de Carlos V, tratado normativo que abre el camino a la futura Medicina Legal.

Muchos se beneficiaron de la prueba del congreso. Entre ellos la esposa del Marqués de Langey a quien el tribunal declaró impotente (1657), lo que no fue obstáculo para que más tarde se casase con otra mujer y tuviera con ella siete hijos.

La prueba del congreso fue feliz y definitivamente abolida del repertorio médico diagnóstico en el año 1677. Más tarde aún, Benedicto XIV en la bula *Matrimoniae* indica que médicos y matronas deben tener más en cuenta los aspectos anatómicos y fisiológicos como causa de impotencia ■





# Aspirantes a residentes en 2022 y MIR desde 2017

Texto  Vicente Matas Aguilera.  
Centro Estudios Sindicato Médico de Granada



## DOCUMENTO

# Aspirantes a residentes en 2022 y MIR desde 2017

### Situación general de la convocatoria de residentes

En la actual convocatoria para residentes en España han sido **admitidos un total de 28.713 aspirantes** de un total de 29.879 solicitudes, en total son 371 solicitudes menos que el año pasado y 536 admitidos menos que el año pasado, aunque pueden ser admitidos finalmente algunos más de prosperar recursos de alzada.

**Medicina** es la titulación con mayor número de admitidos (13.059 frente a 14.425 el año pasado) seguida de **Enfermería** (7.915 frente a 7.240 el año pasado), **Psicología** (4.435 frente a 4.338 el año pasado), **Biología** (1.107 frente a 1.135 el año pasado), **Física** (245 frente a 217 el año

Pues bien, el porcentaje de feminización del total de admitidos a examen es del 75,1% y como podemos ver en la tabla 1 siguiente, va desde un mínimo del 43,7% para Física hasta el 89,2% para Enfermería, pasando por el 64,4% de Medicina, el 68% de Química, el 74,2% de Biología, el 77,8% de Farmacia y el 82,8% de Psicología.

En cuanto a la situación administrativa, la inmensa mayoría se presentan sin limitaciones, seguido por los afectados por el cupo, en total de 1.527 de ellos 382 acogidos a estancia de estudios y los 1.145 restantes afectados por otras situaciones con cupo de plazas. Acogidos a residencia temporal han sido admitidos 772, con régimen comunitario han sido admitidos

529 y los 142 restantes con residencia permanente. El porcentaje de feminización va desde el 53,1% de los acogidos a otras situaciones con cupo de plazas hasta el 77,1% de los que han sido admitidos sin limitaciones, para las otras situaciones se puede consultar la última columna de la tabla 1 siguiente. Por el turno de minusvalía han sido admitidos 370 aspirantes con un porcentaje de feminización del 71,4%.

### Situación general de la convocatoria de BIR, EIR, FIR, MIR, QIR y RFIR

De las titulaciones distintas a Medicina, que la estudiaremos más adelante detenidamente, se han presentado 15.956 solicitudes y han sido admitidos un total de 15.654

Tabla 1. Distribución admitidos por titulación, situación administrativa y sexo 2021-2022

 <b>SMA</b> Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada	Aspirantes admitidos residencia 2021-2022								
	BIR	EIR	FIR	MIR	PIR	QIR	RFIR	Total	% Fem.
Sin limitaciones	1.101	7.877	1.696	10.175	4.413	241	240	25.743	77,1
1. Regimen comunitario	4	9	1	506	8	0	1	529	64,8
2. Residencia permanente	1	21	5	99	12	0	4	142	69,7
3. Residencia temporal	1	6	2	761	2	0	0	772	56,0
4. Estancia estudios cupo plaza	0	1	6	375	0	0	0	382	61,0
5. Situaciones con cupo plazas	0	1	1	1.143	0	0	0	1.145	53,1
Turno Minusvalía	16	128	7	115	96	5	3	370	71,4
<b>Total admitidos examen</b>	<b>1.107</b>	<b>7.915</b>	<b>1.711</b>	<b>13.059</b>	<b>4.435</b>	<b>241</b>	<b>245</b>	<b>28.713</b>	<b>75,1</b>
<b>Feminización (%)</b>	<b>74,2</b>	<b>89,2</b>	<b>77,8</b>	<b>64,4</b>	<b>82,8</b>	<b>68,0</b>	<b>43,7</b>	<b>75,1</b>	<b>75,1</b>

pasado) y **Química** (241 frente a 284 el año pasado).

Para conocer el porcentaje de feminización, al no publicarse el dato por el Ministerio, lo hemos calculado a partir del nombre, lo que supone, además de un gran esfuerzo, el inconveniente de que acarrea algún error, aunque muy pequeño, pues fue del 0,8% en la anterior convocatoria (66,5 % datos del Ministerio frente al 65,7% de nuestros datos con los nombres) en cualquier caso es un inconveniente que hay que tener en cuenta.

Tabla 2. Distribución solicitudes y admitidos de otras titulaciones por procedencia y sexo 2021-2022

 <b>SMA</b> Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada	Convocatoria resto titulaciones 2021-2022						
	Admitidos			No	Solicitudes		
	Total	% Solic.	% Adm.	Adm.	Total	% Conv.	% Fem.
<b>España</b>	15.430	98,3	98,57	270	15.700	98,40	84,0
<b>Resto CEE</b>	121	92,4	0,77	10	131	0,82	87,0
<b>América</b>	38	70,4	0,24	16	54	0,34	77,8
<b>Resto Europa</b>	35	92,1	0,22	3	38	0,24	89,5
<b>África</b>	22	91,7	0,14	2	24	0,15	66,7
<b>Asia</b>	8	88,9	0,05	1	9	0,06	100,0
<b>Total</b>	<b>15.654</b>	<b>98,1</b>	<b>100</b>	<b>302</b>	<b>15.956</b>	<b>100</b>	<b>84,0</b>

aspirantes al examen del próximo 29 de enero. El 98,57% de los admitidos (15.430) proceden de España y los 224 restantes (el 1,43%) proceden del resto del mundo. Como veremos detenidamente más adelante, en el caso de los MIR el porcentaje de aspirante admitidos de otras partes del mundo es muy superior, llegando hasta el 32,98%.

En cuanto al porcentaje de feminización por lugar de procedencia, se puede consultar en la última columna de la tabla 2.

En la tabla siguiente podemos comprobar la procedencia de los admitidos otras titulaciones, así como las plazas convocadas y las ratios brutas de plazas por admitido, sin tener en cuenta las situaciones administrativas ni el turno por el que se presentan.

En el caso de Biología (BIR) el 98,3% de los admitidos proceden de España y hay

una ratio de 24,1 admitidos por cada una de las 46 plazas convocadas, que son cuatro menos (el 8%) que las 50 ofertadas el año pasado.

En Enfermería (EIR) el 99% de los admitidos proceden de España y hay una ratio de 4,3 admitidos por cada una de las 1.822 plazas convocadas, que son 139 más (el 8,26%) que las 1.683 ofertadas el año pasado.

En Farmacia (FIR) el 98% de los admitidos proceden de España y hay una ratio de 5,5 admitidos por cada una de las 309 plazas convocadas, que son 42 más (el 15,73%) que las 267 ofertadas el año pasado.

En Psicología (PIR) el 98,2% de los admitidos proceden de España y hay una ratio de

21,7 admitidos por cada una de las 204 plazas convocadas, que son 6 más (el 3,03%) que las 198 ofertadas el año pasado.

En Química (QIR) el 98,3% de los admitidos proceden de España y hay una ratio de 11 admitidos por cada una de las 22 plazas convocadas, que son las mismas que las ofertadas el año pasado.

En Física (RFIR) el 95,9% de los admitidos proceden de España y hay una ratio de 5,7 admitidos por cada una de las 43 plazas convocadas, que son 3 más (el 7,50%) que las 40 ofertadas el año pasado.

Este año el examen se realiza en 28 ciudades distintas, en Madrid es donde están citados un mayor número de admitidos de otras titulaciones (2.473),

## El 98,57% de los admitidos (15.430) en Medicina procedían de España

Tabla 3. Distribución de w de otras titulaciones por procedencia, plazas y ratio

Centro de Estudios SMA Sindicato Médico de Granada	Admitidos resto de titulaciones 2021-2022										
	España	% Adm.	Resto CEE	America	Resto Europa	Africa	Asia	Total	Plazas	Ratio	% Fem.
Biología BIR	1.088	98,3	13	4	1	1	0	1.107	46	24,1	74,2
Enfermería EIR	7.837	99,0	35	14	16	7	6	7.915	1.822	4,3	89,2
Farmacia FIR	1.677	98,0	17	3	4	10	0	1.711	309	5,5	77,8
Psicología PIR	4.356	98,2	51	14	9	4	1	4.435	204	21,7	82,8
Química QIR	237	98,3	2	0	2	0	0	241	22	11,0	68,0
Física RFIR	235	95,9	3	3	3	0	1	245	43	5,7	43,7
<b>Total admitidos</b>	<b>15.430</b>	<b>98,6</b>	<b>121</b>	<b>38</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>8</b>	<b>15.654</b>	<b>2.446</b>	<b>6,4</b>	<b>84,0</b>

Tabla 4. Distribución de admitidos de otras titulaciones por localidad de examen

Centro de Estudios SMA Sindicato Médico de Granada		Admitidos otras titulaciones por localidad de examen					
ALBACETE	309	CIUDAD REAL	229	MALAGA	519	SANTIAGO COMPOSTELA	926
ALICANTE	537	GIRONA	93	MURCIA	953	SEVILLA	1.062
BADAJOS	332	GRANADA	858	OVIEDO	409	STA. CRUZ DE TENERIFE	263
BARCELONA	1.098	LAS PALMAS	299	PALMA MALLORCA	224	VALENCIA	1.296
BILBAO	469	LEÓN	184	PAMPLONA	382	VALLADOLID	449
CÁCERES	152	LOGROÑO	142	SALAMANCA	417	VIGO	345
CADIZ	318	MADRID	2.473	SANTANDER	192	ZARAGOZA	724



## DOCUMENTO

# Aspirantes a residentes en 2022 y MIR desde 2017

le sigue Valencia (1.296), Barcelona (1.098), Sevilla (1.062), Murcia (953), Santiago de Compostela (926), Granada (858), y Zaragoza (724). En Gerona es donde está citado el menor número de admitidos (93), seguido de Logroño (142) y Cáceres (152), el resto de las localidades se pueden consultar en la tabla 4.

### Situación general de la convocatoria de MIR 2021-2022

Ahora vamos a estudiar detenidamente la situación de los aspirantes, admitidos, procedencia, situación administrativa, turno, porcentaje de feminización, plazas convocadas y ratio de la titulación de medicina que es la más numerosa con diferencia, tanto es solicitudes como en plazas convocadas.

Este año al MIR han sido admitidos 13.059 médicos en los listados definitivos publicados por el ministerio, de las 13.923 solicitudes presentadas, serán finalmente algunos más, pues hay posibilidad de recurso de alzada y en años anteriores se han admitido algunos. Son 1.366 (9,47%) admitidos menos que los publicados el año pasado en los listados definitivos por el Ministerio (14.425).

De España se han admitido 9.667 de las 9.800 solicitudes presentadas (el 98,6%), del resto de países se han admitido 3.392 de las 4.123 solicitudes (el 82,27%), para el resto de los lugares de procedencia se pueden consultar los datos en las tablas 5 y 6. Este año ha disminuido en 883 (el 8,4%) los admitidos procedentes de España y en 890 (el 8,3%) los solicitantes.

Como hemos visto, del total de 13.059 solicitudes admitidas, 9.667 (el 67,02%) procedían de España, le siguen los países de América con 2.671 solicitudes (el 18,52), a continuación, los aspirantes admitidos del resto de la CEE con 487 (el 3,38%), le sigue el resto de Europa con 94 (el 0,65%), Asia con 79 (el 0,55%), África con 38 (el 0,26%) y el resto con 23 admitidos (el 0,16%).

Como podemos comprobar en la tabla 6 siguiente, después de España, el país que

más solicitantes y admitidos tiene es Colombia con 676 solicitudes admitidas (el

Tabla 5. Distribución solicitantes MIR 2021-2022


Centro de Estudios SMA Sindicato Médico de Granada	Convocatoria MIR 2021-2022						
	Admitidos			No Adm.	Solicitudes		
	Total	% Solic.	% Adm.		Total	% Conv.	% Fem.
España	9.667	98,6	67,02	133	9.800	64,58	66,4
América	2.671	80,9	18,52	632	3.303	21,76	58,2
Resto CEE	487	88,1	3,38	66	553	3,64	62,4
Resto Europa	94	91,3	0,65	9	103	0,68	67,0
Asia	79	86,8	0,55	12	91	0,60	45,1
África	38	79,2	0,26	10	48	0,32	43,8
Sin datos/otros	14	100,0	0,10	0	14	0,09	14,3
Oriente Medio	9	81,8	0,06	2	11	0,07	27,3
<b>Total</b>	<b>13.059</b>	<b>93,8</b>	<b>100</b>	<b>864</b>	<b>13.923</b>	<b>100</b>	<b>64,0</b>

Tabla 6. Distribución de solicitantes MIR en convocatoria 2021-2022 por países

Centro de Estudios SMA Sindicato Médico de Granada	Convocatoria MIR 2021-2022						
	Admitidos			No Adm.	Solicitudes		
	Total	% Solic.	% Adm.		Total	% Conv.	% Fem.
España	9.667	98,6	67,02	133	9.800	64,58	66,4
Colombia	676	79,2	4,69	178	854	5,63	59,1
Ecuador	413	72,5	2,86	157	570	3,76	56,7
Venezuela	324	88,8	2,25	41	365	2,41	61,1
Bolivia	297	84,4	2,06	55	352	2,32	59,1
Italia	266	86,6	1,84	41	307	2,02	55,4
Peru	277	92,6	1,92	22	299	1,97	57,9
Cuba	148	81,8	1,03	33	181	1,19	58,0
Republica Dominicana	145	82,4	1,01	31	176	1,16	68,8
Mejico	102	77,3	0,71	30	132	0,87	44,7
Honduras	90	76,3	0,62	28	118	0,78	59,3
Portugal	85	91,4	0,59	8	93	0,61	63,4
Argentina	53	73,6	0,37	19	72	0,47	56,9
Rumania	57	91,9	0,40	5	62	0,41	82,3
Chile	49	86,0	0,34	8	57	0,38	35,1
Rusia	35	97,2	0,24	1	36	0,24	75,0
Nicaragua	28	87,5	0,19	4	32	0,21	56,3
Marruecos	27	90,0	0,19	3	30	0,20	53,3
Brasil	20	76,9	0,14	6	26	0,17	73,1
El Salvador	19	76,0	0,13	6	25	0,16	44,0
Haiti	20	83,3	0,14	4	24	0,16	41,7
Ucrania	20	87,0	0,14	3	23	0,15	69,6
Paraguay	13	59,1	0,09	9	22	0,14	31,8
Francia	18	90,0	0,12	2	20	0,13	85,0
Alemania	14	82,4	0,10	3	17	0,11	47,1
<b>Total 25 países</b>	<b>12.863</b>	<b>93,9</b>	<b>89,17</b>	<b>830</b>	<b>13.693</b>	<b>90,23</b>	<b>64,1</b>
<b>Total otros 63 países</b>	<b>196</b>	<b>85,2</b>	<b>1,36</b>	<b>34</b>	<b>230</b>	<b>1,52</b>	<b>54,8</b>
<b>Total 88 países</b>	<b>13.059</b>	<b>93,8</b>	<b>91</b>	<b>864</b>	<b>13.923</b>	<b>92</b>	<b>64,0</b>



Tabla 7. Distribución de solicitantes MIR en la convocatoria 2021-2022 por situación administrativa y cupo

	Convocatoria MIR 2021-2022						
	Admitidos			No Adm.	Solicitudes		
	Total	% Grupo	% Adm.		Total	% Conv.	% Fem.
0. Sin limitaciones	10.175	98,1	70,54	201	<b>10.376</b>	68,37	66,2
1. Regimen comunitario	506	94,6	3,51	29	<b>535</b>	3,53	64,3
2. Residencia permanente	99	94,3	0,69	6	<b>105</b>	0,69	63,8
3. Residencia temporal	761	97,1	5,28	23	<b>784</b>	5,17	55,6
4. Estancia estudios cupo plaza	375	68,2	2,60	175	<b>550</b>	3,62	59,6
5. Situaciones con cupo plazas	1.143	72,7	7,92	430	<b>1573</b>	10,37	55,1
<b>Total solicitantes</b>	<b>13.059</b>	<b>93,8</b>	<b>91</b>	<b>864</b>	<b>13.923</b>	<b>91,7435</b>	<b>64,0</b>



4,69% del total), seguida de Ecuador con 413 solicitudes admitidas (el 2,86% del total), Venezuela con 324 (el 2,25% del total), Bolivia con 279 (el 2,06% del total), Perú con 277 (el 1,92% del total), Italia con 266 (el 1,84% del total), Cuba con 148 (el 1,03% del total), República Dominicana con 145 (el 1,01% del total),.... El resto de los 25 países principales se puede consultar en la tabla.

En definitiva, nuestro sistema MIR, mejorable en muchos aspectos, es muy valorado en el mundo y vienen a formarse en esta convocatoria médicos de 88 países distintos.

Pues bien, el porcentaje de feminización, con las limitaciones comentadas al principio

### Del total de admitidos, una vez realizado el examen, algo más de 3.400 no podrán optar a plaza

del informe, es del 64%, presentado importantes diferencias tanto en agrupaciones de países (tabla 5) como por países (tabla 6). En el caso de España, en esta convocatoria llega hasta el 66,4% y hay algunos países que no llegan al 50% como puede observarse en la tabla 6.

Estos 13.059 aspirantes admitidos están citados, junto con los 15.654 de otras titulaciones, para examinarse el sábado 29 de enero (eran 14.425 admitidos MIR el año pasado, 16.176 en la convocatoria 2019-20, 15.475 en la convocatoria 2018-19 y 14.450 en la convocatoria 2017-18) para optar a las 8.188 plazas convocadas (eran 7.989 el año pasado, 7.615 en 2019-20, 6.797 en 2018-19 y 6.324 en 2017-18).

Del total de admitidos, una vez realizado el examen, algo más de 3.400 no podrán optar a plaza, bien por no superar la nota de corte (unos 2.300) o por no presentarse al examen unos 1.100 aspirantes o quizás más por el problema de la pandemia y que el Ministerio no ha facilitado una fecha alternativa para examinarse.

El descenso de este año de 1.366 admitidos (883 de España y 483 del resto de países) es menor al descenso del año pasado que fueron de 1.751 admitidos (862 de España y 889 del resto de países), puede deberse a las especiales circunstancias y dificultades para viajar, debido a la pandemia y también a que el año pasado se convocaron 374 plazas más que el año anterior y 1.192 más que el año 2020, la gran mayoría adjudicadas entre aspirantes de España, aunque aún quede una bolsa de unos 4.000 médicos jóvenes formados en nuestra facultades



Tabla 8. Distribución de admitidos MIR por localidad de examen

ALBACETE		CIUDAD REAL		MALAGA		SANTIAGO COMPOSTELA	
165		100		443		376	
ALICANTE		GIRONA		MURCIA		SEVILLA	
359		136		522		849	
BADAJOZ		GRANADA		OVIEDO		STA. CRUZ DE TENERIFE	
194		541		1050		289	
BARCELONA		LAS PALMAS		PALMA MALLORCA		VALENCIA	
1.690		297		119		1.155	
BILBAO		LEÓN		PAMPLONA		VALLADOLID	
310		61		214		226	
CÁCERES		LOGROÑO		SALAMANCA		VIGO	
50		47		219		94	
CADIZ		MADRID		SANTANDER		ZARAGOZA	
251		2.817		88		397	

Tabla 9. Distribución de solicitantes MIR por procedencia en convocatorias 2017-2022

Centro de Estudios SMA - Servicio Médico de Granada	Conv. 2017-2018			Conv. 2018-2019			Conv. 2019-2020			Conv. 2020-2021			Conv. 2021-2022			Total conv. 2017-2022			
	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	% Fem.
España	10.580	85	10.665	11.012	155	11.167	11.412	159	11.571	10.550	140	10.690	9.667	133	9.800	53.221	672	53.893	65,3
América	2.974	394	3.368	3.552	578	4.130	3.804	530	4.334	3.096	513	3.609	2.671	632	3.303	16.097	2.647	18.744	57,1
Resto CEE	664	40	704	694	47	741	744	70	814	589	67	656	487	66	553	3.178	290	3.468	61,3
Resto Europa	86	5	91	90	8	98	93	16	109	85	12	97	94	9	103	448	50	498	69,7
África	78	5	83	74	7	81	62	7	69	44	10	54	38	10	48	296	39	335	42,4
Asia	29	2	31	30	5	35	28	3	31	34	4	38	79	12	91	200	26	226	50,4
Sin datos/otros	17	5	22	11	6	17	20	1	21	21	4	25	14		14	83	16	99	24,2
Oriente Medio	22	1	23	12	5	17	13	2	15	6	1	7	9	2	11	62	11	73	24,7
<b>Total aspirantes</b>	<b>14.450</b>	<b>537</b>	<b>14.987</b>	<b>15.475</b>	<b>811</b>	<b>16.286</b>	<b>16.176</b>	<b>788</b>	<b>16.964</b>	<b>14.425</b>	<b>751</b>	<b>15.176</b>	<b>13.059</b>	<b>864</b>	<b>13.923</b>	<b>73.585</b>	<b>3.751</b>	<b>77.336</b>	<b>63,0</b>

y que no han podido acceder a una plaza para formarse como especialistas.

Del total de admitidos están afectados por el cupo un total de 1.518 médicos que se disputan las 328 plazas que podrán ser cubiertas por personas que no sean titulares de una autorización para residir en España.

Este año el examen se realiza en 28 ciudades distintas, en Madrid es donde están citados un mayor número de médicos (2.817), le sigue Barcelona (1.690), Valencia (1.155), Oviedo (1.050), Sevilla (849), Granada (541), Murcia (522) y Málaga (443). En Logroño es donde está citado el menor número de médicos (47), seguido de Cáceres (50) y León (61), el resto de las localidades se pueden consultar en la tabla 8.

### Visión histórica de la situación general de las convocatorias de MIR 2017-2022

En estas cinco convocatorias de 2017-18 a 2021-22, según los listados definitivos

de admitidos publicados por el Ministerio, se han presentado 77.336 solicitudes y fueron un total de 73.585 admitidos a examen. Los datos totales y por convocatoria se pueden consultar en esta tabla 9.

Los solicitantes de España son muy mayoritarios en todas las convocatorias, le siguen los de países de América, solicitantes de países del resto de la CEE y muy por detrás del resto de Europa, África, Asia, Oriente Medio y otros países o sin datos.

En total en estos cinco años hay solicitudes de 111 países distintos. En cuanto al porcentaje de feminización, que es del 63,0% en total, presenta importantes diferencias tanto en agrupaciones de países (tabla 9) como por países (tabla 10). En el caso de España llega hasta el 65,3% y hay algunos

países que no llegan al 50% como puede observarse en la tabla 10 siguiente.

Como podemos observar, Colombia es la nación de procedencia de 3.630 médicos admitidos al MIR en estos cinco años, seguida de Ecuador con 2.119 médicos admitidos y Venezuela con 2.038 médicos admitidos.

Entre los 25 países con más médicos admitidos, que suman 72.225 médicos (el 98,15%), aparte de España de donde proceden el 72,33% de todos los admitidos, hay 17 países de América del sur, seis de Europa y Marruecos es el país de África con más representación, un total de 173 médicos admitidos en estos cinco años.

De los 86 países restantes proceden 1.360 médicos admitidos en estas cinco convocatorias, el 1,85%.

## En las cinco últimas convocatorias, se han presentado 77.336 solicitudes y 73.585 fueron admitidos a examen



## DOCUMENTO

# Aspirantes a residentes en 2022 y MIR desde 2017



Si ahora nos fijamos en la situación administrativa, durante estos cinco años han sido admitidos afectados por el cupo de plazas un total de 10.034 (el 13,6%), que tenían disponibles un total de 1.481 plazas de formación MIR en nuestro país y que posiblemente la gran mayoría, una vez terminada la residencia, marcharan a sus países de origen con una magnífica formación como médicos especialistas.

En esta tabla 11 están los datos de las cinco convocatorias.

En esta tabla podemos ver la relación entre admitidos en los listados definitivos publicados por el Ministerio, las plazas convocadas y las ratios de admitidos por plaza.

En el caso de los afectados por el cupo, en esta convocatoria la ratio es de 4,6 admitidos por plazas y ha evolucionado a la baja desde el máximo de 8,8 de la convocatoria 2018-2019.

En el caso del turno de discapacidad, todos los años se convocan muchas más plazas que los médicos admitidos, de tal forma que, de media en estos cinco años se han convocado 4,25 plazas por médico admitido, todas aquellas que no se ocupan pasan al turno libre y para las ratios hemos pasado al turno libre el exceso de plazas de cada año, al final son algunas más, pero los cálculos los hemos hecho de esta forma.

De esta forma en el turno libre sin cupo de plazas, la ratio de plazas por admitidos ha bajado desde 2 en las dos primeras convocatorias a 1,5 en la actual. Habrá que ver al final como queda, después de ver los presentados al examen, los que pasan el corte y las plazas no ocupadas finalmente por turno discapacidad.

En estas últimas convocatorias se está acercando el número de plazas convocadas y el número de egresados de las facultades, que necesitan especializarse para ejercer en la inmensa mayoría de los puestos de trabajo a los que pueden acceder en

España. Hay que tener en cuenta que de las 7.987 plazas adjudicadas el año pasado, un 13,1% (1.044) se adjudicaron a mé-

dicos procedentes de facultades del resto del mundo y el 4,3% (345) se adjudicaron a médicos recirculantes, de ellos 116 habían

sido residentes y 229 ya eran especialistas, por lo que solo se adjudicaron a médicos no recirculantes de facultades espa-

Tabla 10. Distribución de solicitantes MIR en las convocatorias 2017-2022 por países

País	Conv. 2017-2018			Conv. 2018-2019			Conv. 2019-2020			Conv. 2020-2021			Conv. 2021-2022			Total conv. 2017-2022			
	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	% Fem.
España	10.580	85	10.665	11.012	155	11.167	11.412	159	11.571	10.550	140	10.690	9.667	133	9.800	53.221	672	53.893	65,3
Colombia	566	79	645	786	131	917	887	90	977	715	123	838	676	178	854	3.630	601	4.231	57,6
Ecuador	346	42	388	464	72	536	496	53	549	400	91	491	413	157	570	2.119	415	2.534	55,1
Venezuela	401	48	449	451	53	504	463	65	528	399	54	453	324	41	365	2.038	261	2.299	59,7
Bolivia	334	26	360	405	62	467	449	91	540	354	58	412	297	55	352	1.839	292	2.131	57,5
Italia	336	19	355	361	29	390	379	40	419	331	42	373	266	41	307	1.673	171	1.844	55,0
Peru	351	21	372	337	37	374	384	48	432	282	43	325	277	22	299	1.631	171	1.802	57,2
Rep. Dominicana	238	24	262	247	31	278	251	40	291	181	47	228	145	31	176	1.062	173	1.235	69,4
Cuba	121	9	130	123	30	153	174	31	205	181	20	201	148	33	181	747	123	870	55,7
Mejico	142	28	170	160	42	202	142	27	169	122	19	141	102	30	132	668	146	814	45,8
Honduras	138	35	173	180	39	219	160	18	178	113	10	123	90	28	118	681	130	811	58,3
Portugal	111	4	115	115	7	122	149	10	159	106	10	116	85	8	93	566	39	605	67,3
Chile	84	11	95	82	18	100	88	6	94	80	5	85	49	8	57	383	48	431	41,8
Argentina	45	8	53	64	15	79	73	13	86	64	9	73	53	19	72	299	64	363	59,0
Rumania	65	1	66	62	3	65	62	5	67	47	9	56	57	5	62	293	23	316	81,0
Marruecos	41	1	42	41	3	44	33	3	36	31	4	35	27	3	30	173	14	187	51,9
Nicaragua	25	7	32	28	9	37	38	6	44	36	6	42	28	4	32	155	32	187	59,4
Rusia	32	2	34	33	1	34	33	8	41	36	4	40	35	1	36	169	16	185	77,8
Guatemala	26	7	33	38	11	49	42	5	47	32	2	34	14	3	17	152	28	180	46,1
Paraguay	18	10	28	45	4	49	37	4	41	19	8	27	13	9	22	132	35	167	49,1
El Salvador	40	3	43	32	5	37	30	3	33	23	3	26	19	6	25	144	20	164	50,0
Costa Rica	28	24	52	40	2	42	24	5	29	15	2	17	16		16	123	33	156	62,2
Francia	24	3	27	32		32	29	2	31	19		19	18	2	20	122	7	129	71,3
Ucrania	23		23	22	6	28	26	3	29	19	4	23	20	3	23	110	16	126	67,5
Brasil	13	4	17	12	12	24	19	5	24	31	3	34	20	6	26	95	30	125	64,8
Total 25 países	14.128	501	14.629	15.172	777	15.949	15.880	740	16.620	14.186	716	14.902	12.859	826	13.685	72.225	3.560	75.785	63,2
Total 86 países	322	36	358	303	34	337	296	48	344	239	35	274	200	38	238	1.360	191	1.551	52,2
Total 111 países	14.450	537	14.987	15.475	811	16.286	16.176	788	16.964	14.425	751	15.176	13.059	864	13.923	73.585	3.751	77.336	63,0

Tabla 11. Distribución solicitantes MIR en las convocatorias 2017-2022 por situación administrativa y cupo

Situación	Conv. 2017-2018			Conv. 2018-2019			Conv. 2019-2020			Conv. 2020-2021			Conv. 2021-2022			Total conv. 2017-2022			
	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	ADM.	NO AD.	Total	% Fem.
0. Sin limitaciones	11.259	127	11.386	11.732	202	11.934	12.180	232	12.412	11.159	207	11.366	10.175	201	10.376	56.505	969	57.474	65,1
1. Regimen comunitario	617	18	635	674	25	699	705	21	726	663	37	700	506	29	535	3.165	130	3.295	65,6
2. Residencia permanente	189	6	195	193	6	199	202	5	207	139	17	156	99	6	105	822	40	862	49,9
3. Residencia temporal	488	7	495	489	18	507	601	11	612	720	29	749	761	23	784	3.059	88	3.147	56,1
4. Estancia estudios cupo plaza	1.080	155	1.235	1.310	310	1.620	1.264	309	1.573	564	145	709	375	175	550	4.593	1.094	5.687	59,1
5. Situaciones con cupo plazas	817	224	1.041	1.077	250	1.327	1.224	210	1.434	1.180	316	1.496	1.143	430	1.573	5.441	1.430	6.871	51,9
Total solicitantes	14.450	537	14.987	15.475	811	16.286	16.176	788	16.964	14.425	751	15.176	13.059	864	13.923	73.585	3.751	77.336	63,0

Tabla 12. Admitidos, plazas y ratios MIR en las convocatorias 2017-2022 por turnos y cupo

Categoría	Conv. 2017-2018			Conv. 2018-2019			Conv. 2019-2020			Conv. 2020-2021			Conv. 2021-2022			Total 2017-2022		
	ADM.	Plazas	Ratio	ADM.	Plazas	Ratio	ADM.	Plazas	Ratio	ADM.	Plazas	Ratio	ADM.	Plazas	Ratio	ADM.	Plazas	Ratio
Admitidos sin cupo de plazas	12.553	6.252	2,0	13.088	6.525	2,0	13.688	7.315	1,9	12.681	7.669	1,7	11.541	7.860	1,5	63.551	35.621	1,8
Sin cupo plazas turno libre	12.432	6.131	2,0	12.955	6.392	2,0	13.562	7.189	1,9	12.569	7.557	1,7	11.422	7.741	1,5	62.940	35.010	1,8
Sin cupo turno discapacidad	121	456	0,3	133	476	0,3	126	533	0,2	112	559	0,2	119	573	0,2	611	2.597	0,2
Afectados por el cupo de plazas	1.897	261	7,3	2.387	272	8,8	2.488	300	8,3	1.744	320	5,5	1.518	328	4,6	10.034	1.481	6,8
Total solicitantes admitidos	14.450	6.513	2,2	15.475	6.797	2,3	16.176	7.615	2,1	14.425	7.989	1,8	13.059	8.188	1,6	73.585	37.102	2,0



## DOCUMENTO

# Aspirantes a residentes en 2022 y MIR desde 2017



ñolas 6.598 plazas, cuando terminan cada año su formación unos 7.000.

Conviene recordar que en España llegar a ser médico especialista significa recorrer un largo camino formativo sin comparación con el resto de las profesiones universitarias:

- La nota para acceder a los estudios de medicina, un año tras otro es de las mayores de todas las titulaciones de nuestra universidad.
- Seis largos años de estudios universitarios con 360 créditos. La formación uni-

versitaria de mayor duración que se corresponde con el nivel 3 MECES y al nivel 7 del Marco Europeo (Máster).

### **Conviene recordar que en España llegar a ser médico especialista significa recorrer un largo camino formativo sin comparación con el resto de las profesiones**

En total entre once y doce años de formación superior y una edad de 29-30 años para poder estar en condiciones de ejercer la profesión de médico especialista, que exige el título correspondiente.

- Un año de preparación para acceder a la formación del sistema MIR.
- Entre cuatro y cinco años de formación como MIR dependiendo de la especialidad.

Solo nos queda desear mucha suerte a todos, dentro de cuatro o cinco años, en 2026 o 2027, pueden ser médicos especialistas. Esperemos que en España se les ofrezcan contratos atractivos, estables y con buenas condiciones para que no se marchen a buscarlos en los países del resto del mundo.

“Necesitamos más plazas MIR para que los egresados de las facultades españolas puedan ser médicos especialistas y ejercer en nuestra sanidad pública o privada en España” ■

#### **Nota**

Documento cerrado a fecha 18 enero 2022



# ¿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)



ac



# La tualidad del sector



## FUE NOTICIA

### La actualidad del sector

#### 2 de diciembre

**Dstrucción de 8.973 puestos en Sanidad en noviembre.** Entre septiembre y noviembre se perdieron 58.536 profesionales, según la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIC), y tan solo en noviembre Sanidad prescindía de 8.973 empleos. Según el sindicato, fueron 13.311 menos empleos en septiembre, 36.252 en octubre y los citados 8.973 en noviembre. Una de las denuncias de CSIF es que se destruye empleo, prescindiendo de los contratos COVID, antes del fin de la pandemia. También antes de poner al día el aumento de las listas de espera provocado por las mismas ■



#### 10 de diciembre



**CESM denuncia que no se contratan médicos.** La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) señalaba que, según los datos de la Administración, las contrataciones durante la pandemia han sido de cerca de 6.000 en total, de las cuales, 400 han sido

médicos. Y confiaba en que ni en Madrid ni en otras Comunidades se plantearan prescindir de los facultativos contratados en pandemia. María José Campillo, de CEMS de Murcia, reconocía que, en ciertos sistemas de salud, como puede ser Andalucía, se crearon 20.000 puestos, pero el número de médicos fue mínimo. Según ella, “el porcentaje de facultativos en la pandemia ha bajado; no ha subido, aunque se quiera interpretar así” ■

#### 13 de diciembre

**Los pacientes reclaman ser incluidos en todas las fases de la evaluación del medicamento.** Varias organizaciones que los representan coinciden en reclamar su participación de forma directa en todo el proceso de la evaluación de un fármaco. Su presencia debe ser manifiesta desde el inicio para poder. Así concluían los representantes de las entidades de pacientes que han participado en el segundo debate de la IX Jornada Somos Pacientes titulada “El papel del paciente en la vida del medicamento”. La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) fue el primer organismo que incluyó a los pacientes en el círculo de revisión de los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) junto con los evaluadores habituales. Pese a que fue un paso muy relevante, esa participación se considera marginal y muy tardía, un punto en el que coinciden todos los debatientes ■



**Continúan las diferencias en las retribuciones de las guardias.** Así lo recoge un nuevo informe del Sindicato Médico de Granada. El documento señala que, si bien son horas similares a las horas extraordinarias de los trabajadores de otros sectores y de otras categorías, estas se retribuyen por un importe menor que el de las horas ordinarias. Las horas extraordinarias se abonan al 175 por ciento de la hora ordinaria en cualquier sector. Además, no tienen el límite de las 80 horas al año de las extraordinarias. Aún más importante, son generalmente obligatorias. Al contrario que las extraordinarias que son voluntarias. El importe neto por hora que llega al médico con 10 trienios y máximo nivel de carrera va des-



de un mínimo de 11,63 euros/hora en laborable y 12,92 euros/hora en festivo. Puede darse la paradoja de que si para realizar la guardia, es necesario contratar a alguien que cuide de los hijos. Así, muy posiblemente le cueste dinero trabajar esas horas “extras”, pues la hora del servicio para el cuidado de los hijos varía entre 8 y 15 euros la hora. Para el resto de los médicos que no están en los mínimos, los importes netos que perciben superan los 11,63 euros a la hora (en algunos casos por muy poco). En contadas ocasiones llegan a superar los 15 euros/hora ■



**La manifestación para Salvar la AP reúne a cerca de diez mil personas.** Cerca de diez mil personas se manifestaban el 12 de diciembre en Madrid en defensa de la Atención Primaria, en concreto, para ponerla en la agenda política a nivel central y autonómico. Lo hacían, bajo el lema ‘Salvemos la Atención Primaria’, con la participación del sindicato CC.OO. junto a más de un centenar de organizaciones. Entre los objetivos, destacaba recuperar lo recortado en los últimos años, para lo que consideran imprescindible incrementar el presupuesto, llegando hasta el 25 por ciento del total del presupuesto sanitario. Asimismo, reclamaban garantizar unos centros de salud abiertos y sin listas de espera, dar prioridad a las consultas presenciales, e incorporar profesionales a los equipos ■



## 16 de diciembre

**Se aprueba el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria.** El pleno extraordinario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobaba el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Dicho Plan se ha definido en 13 objetivos y 12 puntos clave. Cada uno de ellos con varias acciones para cumplir antes de 2023 hasta sumar 52. La fecha de ejecución del mismo es 2022-2023. Como hecho destacado, cuenta con financiación finalista para AP tanto en los Presupuestos Generales del Estado como en las aportaciones que realicen las propias comunidades autónomas ■



## 22 de diciembre

**El CGCOM demanda medidas para reforzar la AP.** Las Vocalías de Atención Primaria Urbana y Rural del Consejo General de Médicos (CGCOM) querían trasladar a la sociedad la preocupación por no poder ofrecer la asistencia sanitaria de calidad que precisa en estos momentos la población. Esto es debido al colapso de la Atención Primaria (AP) con motivo de la gestión de la pandemia/sindemia que consume todos los recursos humanos y organizativos. Señalaban en un comunicado que los centros de salud estaban colapsados y no podían ofrecer la respuesta que la población demanda ■





## FUE NOTICIA

### La actualidad del sector

23 de diciembre

**Los centros sanitarios públicos y privados podrán contratar a jubilados.** El Consejo de Ministros aprobaba que los centros sanitarios públicos y privados podrían contratar a profesionales sanitarios jubilados y prejubilados durante el próximo año para la realización de actividad asistencial relacionada con la COVID-19. En cualquier caso, pese a ser contratados, seguirán manteniendo sus derechos y prestaciones como pensionistas ■



29 de diciembre

**Visto bueno al Plan de Acción de AP.** El Consejo de Ministros ha aprobado este martes el informe sobre el 'Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023'. Entre otras novedades, ha introducido el concepto de presupuesto finalista para la Atención Primaria. Asimismo, también se busca aumentar el número



de profesionales sanitarios disponibles y mejorar sus condiciones de trabajo. Concretamente, se marca el objetivo de reducir la temporalidad en Atención Primaria por debajo del 8%. Incluye también la creación de la categoría profesional de Enfermera Familiar y Comunitaria (EFYC) en AP en todas las CC.AA. y apuesta porque más del 65% de los residentes contratados tras finalizar la residencia tengan "contrato fijo, interino o de al menos dos años en Atención Primaria" ■

5 de enero

**Sustitución de Delta por ómicron.** La variante ómicron representaba el 42,9 por ciento de los contagios de Covid-19 en la semana del 13 a 19 de diciembre, mientras que la incidencia de Delta en esa misma semana era del 54,2 por ciento. Un muestreo de la semana siguiente realizado por el Ministerio de Sanidad señala que el porcentaje de la nueva variante estaba en torno al 70% ■

17 de enero

**Un 75 por ciento más de médicos atendidos por patologías psiquiátricas.** En los últimos cinco años se ha producido un aumento del 30 por ciento de casos de médicos que acuden a los servicios que ofrece el PAIME. Sin embargo, en este 2021 se ha batido récord. Según los datos de la memoria 2021, se produjo un incremento del 75 por ciento de médicos atendidos por patologías psiquiátricas. Así se desprende de la memoria 2021 del PAIME (Programa de atención Integral al Médico Enfermo) ■



## 19 de enero

**SEMG se planta: la AP “no puede más”.** Tras dos años de pandemia y seis olas de contagios disparados por ómicron, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) lanza una campaña para concienciar a gestores y políticos sobre el colapso. SE trata de #AtenciónPrimariaNoPuedeMás, cuyo objetivo es llamar la atención de los gestores y políticos ante la crítica situación de colapso en la que se encuentra la Atención Primaria ■



**El CGCOM pide seguridad jurídica para la gestión de la incapacidad temporal.** El Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) demanda el soporte legal adecuado para el procedimiento único de alta y baja laboral en procesos de siete días. No obstante, al igual que otras entidades, recuerda que actualmente esta medida de gestión de la incapacidad temporal no cumple la normativa. Para ello se refieren al Real Decreto 625/2014, de 18 de julio. Este determina que “en los procesos de duración estimada inferior a cinco días naturales, el médico emitirá el parte de baja y el parte de alta en el mismo acto médico” ■

## 20 de enero

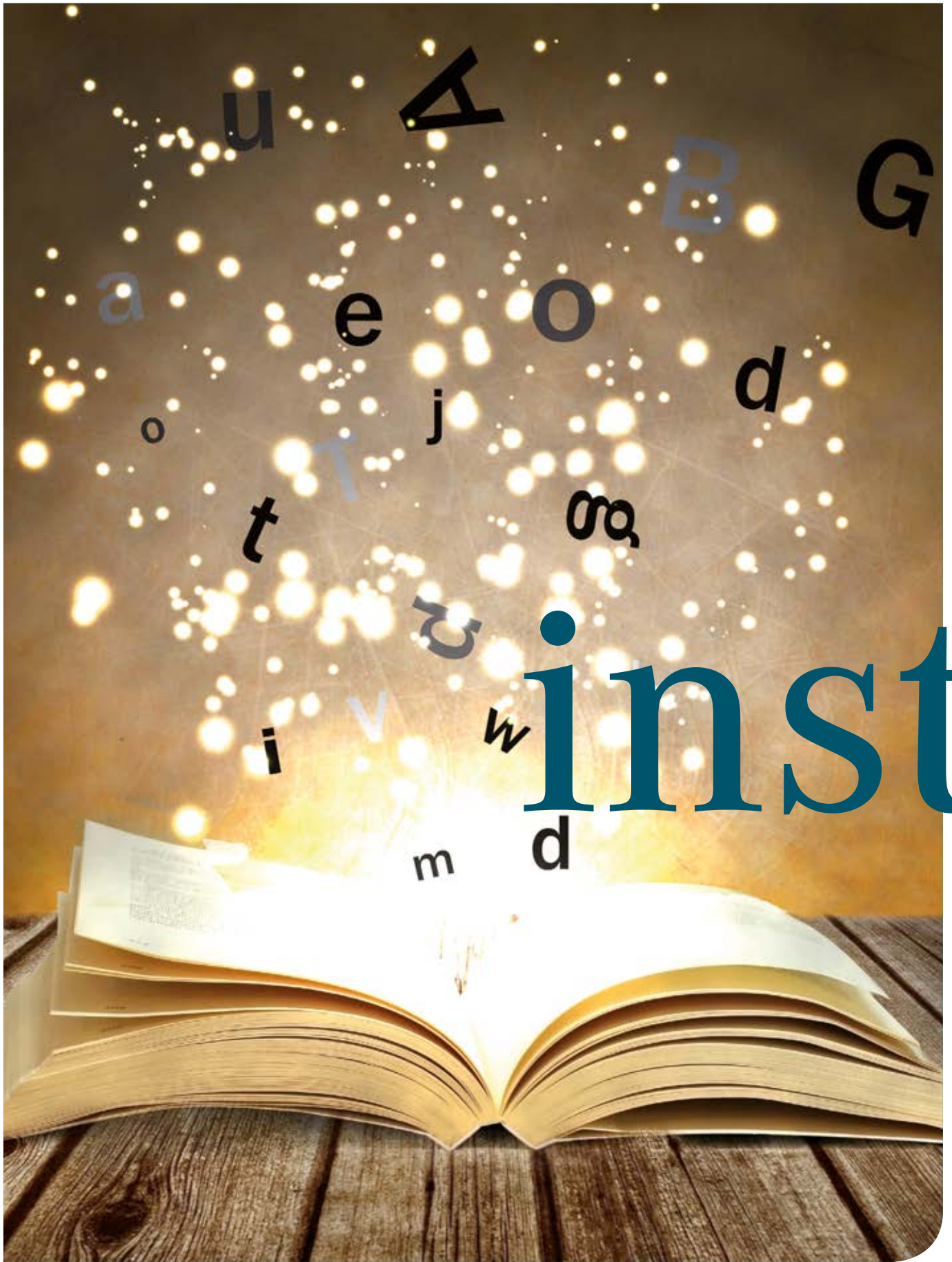
**El SAS autoriza contratar personal laboral temporal.** La Diputación Permanente del Parlamento andaluz convalida

ba la contratación de personal laboral temporal. Todo ello mientras completa la integración de las agencias sanitarias iniciada a partir del 1 de enero. Se trata, en concreto, del Decreto-ley 29/2021, de 28 de diciembre y se ha convalidado sin votos en contra. Este decreto ley entró en vigor con el presente año 2022. De esta forma, establece que “hasta tanto finalicen los procesos de estatutización del personal laboral de las agencias públicas empresariales, el SAS podrá contratar temporalmente personal laboral no sujeto al VI convenio colectivo del personal laboral de la Administración de la Junta de Andalucía”. Todo ello previa autorización de la Consejería competente en materia de regeneración. También previo informe favorable de la Consejería competente en materia de Hacienda ■

**Modernizar tecnológicamente la AP.** Es lo que remarca el estudio europeo “The frontdoor of healthcare- Rethinking the Primary Care” elaborado por NTT DATA. Según indica, es necesario modernizar tecnológicamente la Atención Primaria (AP) europea para la viabilidad de los sistemas sanitarios. El informe detecta deficiencias a la hora de prevenir las enfermedades. Así, la medicina preventiva necesita de una eficiente. Esto pasa por tener un rol fundamental dentro del sistema de salud para no llegar a tener una población con enfermedades graves que podrían haber sido prevenidas, indica ■

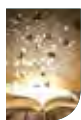


NOTA: Cronología del 1 de diciembre de 2021 al 20 de enero de 2022. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.el-medicointeractivo.com>

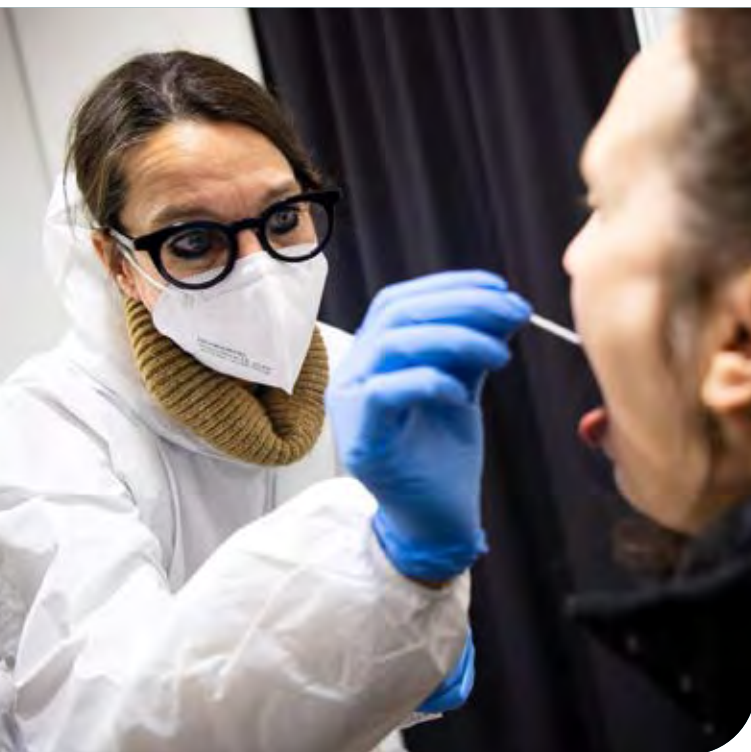


inst

La  
antánea  
médica



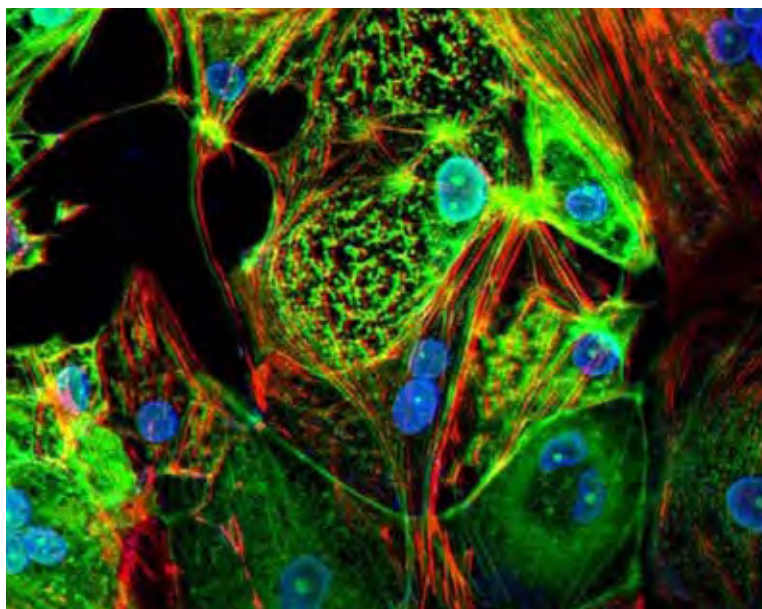
#### Distribución de la variante ómicron



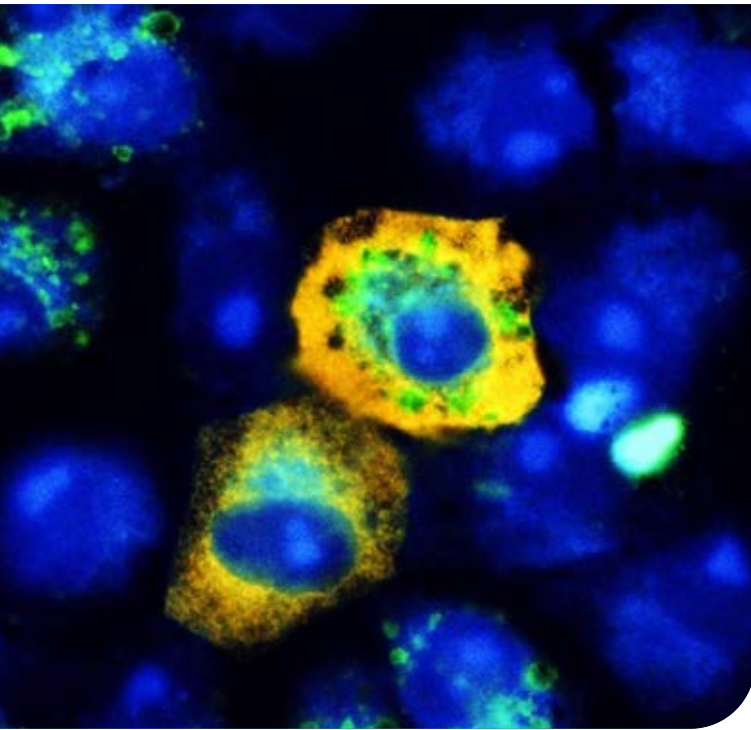
**El Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés)** ha actualizado la situación epidemiológica de SARS-CoV-2 y ha determinado que la variante ómicron ya se ha identificado en todos los países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (UE/EEE). En este sentido, añade, que desde el 20 de diciembre de 2021 hasta el pasado 9 de enero de 2022, 23 países de la UE/EEE registraron un volumen de prevalencia de ómicron del 69,4 por ciento, lo que supone un aumento del 20 por ciento respecto a la semana anterior. Los países en los que ómicron se ha convertido en la variante dominante, que representa más del 50 por ciento de los virus secuenciados, incluyen a Austria (95,4%), Bélgica (99,7 %), Chipre (93,9 %), Chequia (66,7 %), Dinamarca (98,8 %), Finlandia (99,9%), Francia (90,8%), Alemania (62,5%), Grecia (85,6%), Hungría (64,7%), Islandia (90%), Irlanda (89,2%), Italia (81%), Liechtenstein 88,5%), Lituania (40,5%, finales de 2021), Luxemburgo (89,6%), Malta (99,3%), Países Bajos (95,3%), Noruega (93,8%), Portugal (86,3%)Eslovenia (67%), España (87,4%) y Suecia (91,8%). Por otro lado, los países en los que ómicron está presente pero aún no es dominante incluyen a Bulgaria (43,5%), Croacia (no hay proporción nacional disponible), Estonia (45,8%), Letonia (5,8%), Polonia (26,2%), Rumanía (37,8%) y Eslovaquia (29,9%) ■

#### Los linfocitos T reconocen la variante ómicron

**La variante ómicron puede eludir en parte la respuesta de anticuerpos proporcionada por la vacunación o la infección con variantes anteriores del SARS-CoV-2.** Sin embargo, las células T siguen reconociendo a esta nueva variante, según un estudio del Instituto Karolinska (Suecia) publicado en la revista científica 'Nature Medicine'. Ómicron se ha convertido rápidamente en la variante dominante del virus del SARS-CoV-2. Los nuevos datos indican que ómicron no sólo es más infeccioso que las variantes anteriores, sino que también puede infectar a personas con inmunidad previa al evadir lo que se conoce como anticuerpos neutralizantes. Sin embargo, la enfermedad grave parece ser relativamente infrecuente en personas vacunadas o infectadas, lo que sugiere que otros componentes del sistema inmunitario siguen siendo capaces de reconocer a ómicron. Esta nueva investigación muestra ahora que las llamadas células T de memoria formadas tras una infección previa o una vacunación con ARNm también responden a la variante ómicron. "Junto con factores virales, como un menor nivel de replicación del virus en las vías respiratorias inferiores, y otros componentes inmunitarios, estos resultados nos dan una imagen más clara que puede explicar por qué la protección contra la enfermedad grave de ómicron sigue siendo buena en individuos previamente vacunados con ARNm", afirma el investigador principal, Marcus Buggert ■



## Heparina inhalada en la COVID-19



**La heparina, un fármaco ampliamente disponible y asequible,** limita el daño pulmonar cuando es inhalada por los pacientes con COVID-19, según un estudio realizado por investigadores de la Universidad Nacional de Australia y del King's College de Londres (Reino Unido) y publicado en la revista científica 'British Journal of Clinical Pharmacology'. Los investigadores descubrieron que la respiración y los niveles de oxígeno mejoraron en el 70 por ciento de los pacientes después de inhalar heparina. Este fármaco es único ya que tiene efectos antivirales, antiinflamatorios y anticoagulantes que se consideran relevantes para el tratamiento de los pacientes con COVID-19. Los pacientes con COVID-19 grave desarrollan coágulos de sangre en los pulmones que pueden ser letales. Los anticoagulantes, como la heparina, pueden evitar la formación de dichos coágulos. "La heparina inhalada tiene propiedades antivirales que actúan uniéndose a las proteínas de espiga que el coronavirus utiliza para entrar en las células del cuerpo. Impide eficazmente que el virus infecte las células de los pulmones y también podría impedir que las personas se contagien de otros", detalla otro de los autores, el profesor Clive Page, del King's College ■

## Remdesivir reduce la necesidad de ventilación mecánica

**El fármaco remdesivir reduce la necesidad de ventilación mecánica en pacientes hospitalizados por COVID-19,** en comparación con el tratamiento estándar, según un nuevo ensayo controlado aleatorio publicado en la revista científica 'Canadian Medical Association Journal'. El ensayo, dirigido por investigadores de la Universidad de la Columbia Británica y el Centro de Ciencias de la Salud de Sunnybrook, descubrió que, entre los pacientes que no recibían ventilación mecánica al inicio del estudio, la necesidad de ventilación mecánica surgió en el 8 por ciento de los pacientes que recibieron remdesivir, en comparación con el 15 por ciento de los que recibieron la atención estándar. Además, los pacientes tratados con remdesivir pudieron abandonar el oxígeno y los respiradores antes que los que recibieron la atención estándar. "El beneficio del tratamiento fue más evidente en la prevención de la necesidad de ventilación mecánica, lo que sugiere un probable valor añadido para los pacientes con una enfermedad menos grave para evitar la progresión durante la estancia en el hospital. Esto puede tener importantes implicaciones para los pacientes y para los sistemas sanitarios, especialmente cuando la capacidad de la UCI, la ventilación mecánica o el oxígeno son limitados", explica uno de los líderes del estudio, Srinivas Murthy ■





## El infarto durante un fin de semana aumenta el riesgo de muerte

El ingreso por infarto en un hospital del Sistema Nacional de Salud (SNS) durante los fines de semana o festivos **aumenta el riesgo de muerte hospitalaria**, en comparación con un día laborable, según el estudio desarrollado por la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (Fundación IMAS) junto a la Fundación Interhospitalaria para la Investigación Cardiovascular (Fundación FIC). El estudio se ha publicado en la Revista Española de Cardiología y, para llegar a esta conclusión, se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio en los hospitales del Sistema Nacional de Salud durante el periodo 2003-2018. Esto ha supuesto el análisis de cerca de un millón de episodios. El estudio no halló grandes diferencias en las tasas de intervención coronaria percutánea. Sin embargo, la mortalidad fue mayor en fin de semana. En IAMCEST, el ingreso en fin de semana o festivo fue un cinco por ciento más alta, mientras que en SCASEST la cifra aumentó hasta el ocho por ciento ■



## Identifican una molécula responsable de metástasis óseas en el cáncer de próstata



Investigadores del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (Idibell), de la Universitat de Barcelona (UB) y Vall d'Hebron Institut de Recerca (Vhir) han identificado una molécula implicada en la metástasis ósea asociada al cáncer de próstata. En un comunicado las instituciones han asegurado que haberla encontrado “podría ser útil en el diseño de nuevas terapias” para el tratamiento de dicha enfermedad. En el trabajo, publicado en ‘Cancers’, observaron que las células tumorales con una baja expresión de la molécula miR-135b tenían mayor capacidad para establecer metástasis ósea, la instalación de células cancerosas en los huesos a través del torrente sanguíneo, que ocurre en cerca del 70% de cánceres de próstata avanzados. Así dedujeron que una de las funciones de dicha molécula sería prevenir esta complicación en los estadios más avanzados de la enfermedad. “Analizar los niveles del miR-135b en los casos de cáncer de próstata podría ser un indicador del pronóstico de esta enfermedad, además de ser útil para diseñar nuevos tratamientos”, según la primera autora del estudio, Mireia Oliván ■

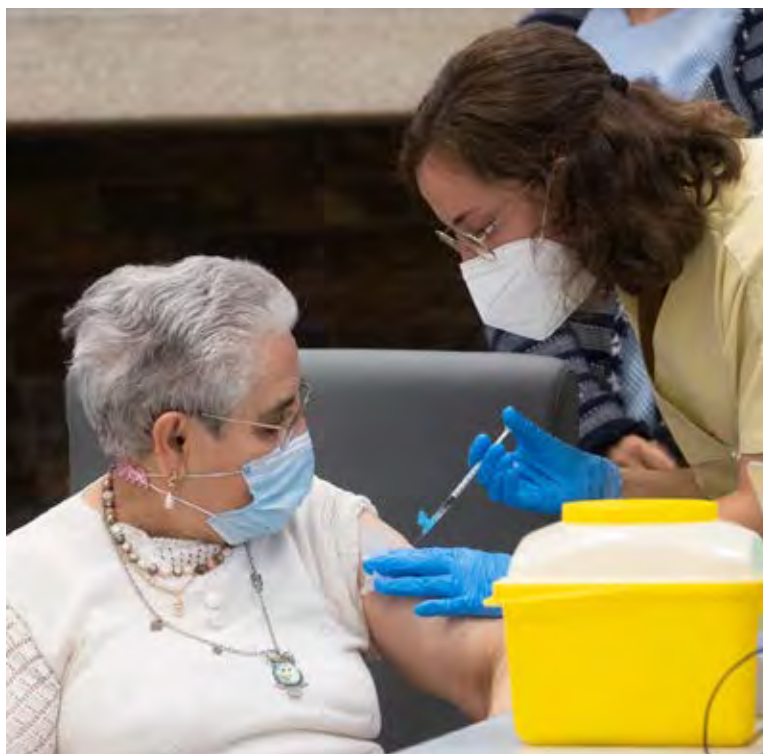


## La inteligencia artificial define biomarcadores para predecir fibrilación auricular

Investigadores del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV), han aplicado inteligencia artificial al análisis de datos electrocardiográficos lo que ha permitido definir perfiles de biomarcadores mejorados para predecir el riesgo de fibrilación auricular o casos asintomáticos. El estudio, que se ha publicado en la revista 'Scientific Reports', ha sido realizado por miembros del Hospital Universitario de La Princesa y de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). En este nuevo estudio, los investigadores han evaluado comparativamente seis modelos de análisis electrocardiográfico basado en inteligencia artificial, para identificar rasgos sutiles que pueden anticipar episodios de fibrilación auricular. Además, el estudio también ha probado el rendimiento de estos modelos asociados a datos relacionados con la distribución de edad de los pacientes. En este sentido, los investigadores han señalado que “la edad de los pacientes es un aspecto clave a tener en cuenta antes de aplicar modelos basados en inteligencia artificial para obtener resultados significativos”. En concreto, han aclarado que el estudio confirma una mayor facilidad para predecir la fibrilación auricular con estas técnicas de big data en pacientes ancianos y varones ■



## Los anticuerpos contra ómicron se incrementan tras tercera dosis en mayores de 65 años



El número de anticuerpos con capacidad de neutralización frente a la variante ómicron de la COVID-19 se incrementan en 10 veces con la administración de la tercera dosis en mayores de 65 años, y hasta por 17 en el caso de delta, según los primeros resultados del estudio 'ENE-COVID Senior', liderado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). En esta primera tanda de datos se ha analizado a 1.200 mayores de 65 años en residencias o centros de Atención Primaria en los últimos cuatro meses, por lo que ha incluido a la variante ómicron, tal y como ha detallado en rueda de prensa este miércoles el director del ISCIII, Cristóbal Belda Iniesta. El estudio pretendía responder a varias preguntas, principalmente cuánto dura la inmunidad de las vacunas, si se incrementa después de la tercera dosis o si es capaz de neutralizar a las nuevas variantes del SARS-CoV-2, en este caso ómicron. “Existe claramente un aumento en el número de anticuerpos que se generan tras la tercera dosis, y es común a personas que han pasado o no la infección. Además, la inmunidad celular se mantiene tras la tercera dosis”, ha resaltado Belda ■



# SPIRAXIN

Rifaximina- $\alpha$

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamonemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración:** **Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. **Anianos:** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los anianos y los pacientes más jóvenes. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifamicina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la ciclosporina. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Shigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifamicina, rifaximina puede causar una coloración rojiza de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es esencialmente "evento de sodio". **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay experiencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifamicina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibió las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiepilépticos, antiarrítmicos, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de ciclosporina (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P, junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la  $C_{max}$  y el  $AUC_{0-24}$  de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro*, y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos es desconocida. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes ( $> 1/10$ ); Frecuentes ( $> 1/100$  a  $< 1/10$ ); Poco frecuentes ( $> 1/1.000$  a  $< 1/100$ ); Raras ( $> 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ); Muy raras ( $< 1/10.000$ ); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium*. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipoestesia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presíncope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinoeja. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematoculia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarpullidos y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eczema, eritemas, prurito, púrpura, urticaria. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductivo y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional anormal. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada 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: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilamiloión sódico (tipo A) (de patata), Diesteato de glicerol, Silíceo coloidal anhidro (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa (E-464), Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PE-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma, S.p.A., Via Ragazzi del '99, n. 5 - 40133 Bologna, Italia. **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.