

SANIFAX

Viernes 25 de febrero

© 2019 Copyright SANIFAX INFORMACIÓN, S.L.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida cualquier tipo de reproducción, reenvío, distribución, transformación, comunicación pública y/o puesta a disposición, total o parcial de toda o parte de la presente publicación a través de cualquier medio presente o futuro, sin el previo consentimiento expreso y por escrito de SANIFAX. La presente restricción de utilización de derechos, se establece sin límite territorial y temporal. El incumplimiento de lo aquí señalado puede suponer por su autor y/o beneficiarios la incursión en alguno de los delitos tipificados en los artículos 270 a 272 del Código Penal relativos a la propiedad intelectual, además de las responsabilidades civiles que puedan derivarse de los mismos

Edita: SANIFAX, S.L. Pso. San Francisco de Sales, 41 · 28003 Madrid · Tfno. 91-533.46.05 sanifax@sanifax.es



UNIPROMEL Y SELLÉS (COM MADRID) PREPARAN EL "ASALTO" A LA VOCALÍA DE MEDICINA PRIVADA DE LA OMC

- AYER SE CONVOCARON LAS ELECCIONES A ESA VOCALÍA NACIONAL Y A LAS OTRAS SEIS QUE EXISTEN EN EL CONSEJO DE MÉDICOS, PARA EL SÁBADO DÍA 29 DE ABRIL.
- IGNACIO GUERRERO Y SELLÉS QUIEREN CONVERTIR A LA OMC EN SU "CABALLO DE TROYA" CONTRA LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO Y LOS HOSPITALES PRIVADOS.
- UN GRUPO DE PRESIDENTES, LIDERADOS POR F. MIRALLES, SE OPONE. Y PROPONDRÁ DE CANDIDATA A LA NEUROFISIÓLOGA DEL H. LA ARRIXACA (MURCIA), VIRGINIA IZURA.
- HOY, CRÓNICA CON LAS "CLAVES" DE LA "OPERACIÓN UNIPROMEL" Y SU ANTÍDOTO.



FARMAINDUSTRIA REBATE CON DATOS LAS CIFRAS TRIUNFALES DEL MINISTERIO SOBRE APROBACIÓN DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

* DEMUESTRA QUE SUS PLAZOS DE APROBACIÓN SUPERAN DE MEDIA LOS 500 DÍAS. Y QUE 2 DE CADA 3 SON APROBADOS CON SERIAS RESTRICCIONES.

* ADEMÁS, ESPAÑA NO TIENE UN PROCEDIMIENTO DE FINANCIACIÓN ESPECÍFICO PARA ESTOS FÁRMACOS, COMO SÍ PASA EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO.



LA "AIREF" ANUNCIA PARA ESTE AÑO UN INFORME SOBRE GASTO EN EL "MODELO MUFACE"

* EN MEDIO DE UNA CRISIS FINANCIERA. Y CON LA ECONOMÍA "TOCADA" POR EL COVID Y LA GUERRA EN UCRANIA, SORPRENDE EL INTERÉS DE LA "AIREF" POR ESTE MODELO, COMO EN SU DÍA POR LA FARMACIA.

* ADEMÁS, LA "AIREF" DESVELA QUE CC.AA. COMO ARAGÓN Y EXTREMADURA LE HAN ENCARGADO INFORMES A FONDO SOBRE SU GASTO SANITARIO.



Y ADEMÁS, TAMBIÉN EN PORTADA...

SANIFAX

Viernes 25 de febrero

© 2019 Copyright SANIFAX INFORMACIÓN, S.L.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida cualquier tipo de reproducción, reenvío, distribución, transformación, comunicación pública y/o puesta a disposición, total o parcial de toda o parte de la presente publicación a través de cualquier medio presente o futuro, sin el previo consentimiento expreso y por escrito de SANIFAX. La presente restricción de utilización de derechos, se establece sin límite territorial y temporal. El incumplimiento de lo aquí señalado puede suponer por su autor y/o beneficiarios la incursión en alguno de los delitos tipificados en los artículos 270 a 272 del Código Penal relativos a la propiedad intelectual, además de las responsabilidades civiles que puedan derivarse de los mismos

Edita: **SANIFAX, S.L.** Pso. San Francisco de Sales, 41 · 28003 Madrid · Tfno. 91-533.46.05 sanifax@sanifax.es



ANDRES G. MONGARS (PTE COF ALICANTE): "JESÚS AGUILAR Y SU EQUIPO ESTÁN HACIENDO UN GRAN TRABAJO EN EL CONSEJO"

- * "HAY MUCHOS PROYECTOS EN MARCHA EN LOS QUE ALICANTE PUEDE APORTAR. DEBERÍAMOS PLANTEARNOS EN QUÉ PODEMOS COLABORAR".
- * "ME ALEGRA MUCHO VER QUE LA DISTRIBUCIÓN HACE UNA APUESTA POR LA C. VALENCIANA. SU PAPEL ES CLAVE EN EL MODELO DE FARMACIA".



ORGANON LANZA UNA GRAN CAMPAÑA EN FAVOR DE "LA SALUD INTEGRAL DE LA MUJER"

- * CELEBRA UN ENCUENTRO EN MADRID CON EXPERTOS, PARA EXPLICAR LA NECESIDAD DE DIFERENCIAR LA ATENCIÓN POR EL GÉNERO.
- * FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIOCULTURALES O SANITARIOS, PUEDEN HACER QUE LA MISMA ENFERMEDAD TENGA DISTINTOS SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO ENTRE AMBOS.



EL TERMÓMETRO DEL COVID-19 EN ESPAÑA...

SE FRENA LA MEJORA: 226 MUERTOS, 35.892 CONTAGIOS Y LA INCIDENCIA BAJA A 648 (-- 28)

- * **MADRID:** 939 INGRESADOS (-- 77), 172 EN UCI (-- 7), 2553 CONTAGIOS, 20 MUERTOS Y 435 DE INCIDENCIA.
- * **CATALUÑA:** 1504 INGRESADOS Y 232 EN LA UCI.
- * **ANDALUCÍA:** 794 INGRESADOS Y 126 EN LA UCI.
- * **GALICIA:** 484 HOSPITALIZADOS Y 25 EN LA UCI.

- **COF MADRID:** HOY POR LA TARDE, PROCLAMACIÓN OFICIAL DE LAS CANDIDATURAS.
- **AESG:** MAR FÁBREGAS (STADA) RELEVA A RAÚL DÍAZ VARELA EN LA PRESIDENCIA.
- **HM HOSPITALES:** SUS CENTROS EN LEÓN, ACREDITADOS PARA FORMACIÓN "MIR" Y "EIR".
- **MUNICH RE (PROPIETARIA DKV SEGUROS)** PRESENTA BUENOS RESULTADOS EN 2021.
- **MAPFRE:** SU "APP" DE SALUD "SAVIA" TIENE 380.000 USUARIOS EN SU 3º ANIVERSARIO.
- **GRUPO RIBERA** INSTALA UN POTENTE "ANILLO RADIOLÓGICO" EN HOSPITAL POVISA.
- **F. VITHAS:** ABIERTA LA INSCRIPCIÓN A SU MÁSTER EN GESTIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS.
- **MADRID:** QUIRÓN LANZA UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR "COVID LARGA DURACIÓN"
- **SEDISA Y BOEHRINGER** AÚNAN ESFUERZOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EUSKADI.
- **PFIZER Y FEDER** LANZAN UNA CAMPAÑA CONJUNTA SOBRE ENFERMEDADES RARAS.
- **CHIESI** CREA UN GRUPO DE EXPERTOS PARA ESTUDIAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.
- **LILLY** INVIERTE 700 MILLONES DE DÓLARES EN UN INSTITUTO DE MEDICINA GENÉTICA.

Siempre

conectados

la salud es más.



**En Cofares,
hablamos con energía.**

Demostrando nuestra capacidad de impacto real que dinamiza el ecosistema de la salud.



SELLÉS Y UNIPROMEL SE UNEN PARA GANAR LA VOCALÍA DE PRIVADA DE LA OMC Y PRESIONAR ASÍ A LAS COMPAÑÍAS

DESDE AYER JUEVES, HA QUEDADO ABIERTA UNA DE LAS “BATALLAS ELECTORALES” MÁS INTERESANTES QUE CADA 4 AÑOS TIENE LA OMC. PORQUE, AUNQUE LO SON CUANDO HAY UN CARGO “DE PESO ESPECÍFICO” EN JUEGO, MUCHO MÁS CUANDO HAY SOBRE LA MESA LA ELECCIÓN DE 7 VOCALES NACIONALES, QUE, CON SUS VOTOS, PUEDEN INCLINAR EL RESULTADO DE MUCHAS VOTACIONES. EN ESE SENTIDO, UNA DE ESAS VOCALÍAS VA A SER ESPECIALMENTE DISPUTADA: LA DE MEDICINA PRIVADA. PUES HAY QUIENES BUSCAN GANARLA CON INTERESES MUY POCO TRANSPARENTES.

1.- MEDICINA PRIVADA: OSCURO OBJETO DEL DESEO DE UNIPROMEL. Y AHORA DE SELLÉS

EL 29 DE ABRIL ESTARÁN EN JUEGO TODAS LAS VOCALÍAS. PERO UNA DE LAS QUE MÁS PELEADAS VA A ESTAR ES LA DE PRIVADA. EN ELLA LLEVA EL EXTREMEÑO MANUEL CARMONA DESDE HACE MÁS DE 10 AÑOS. Y HAY UN CONSENSO GENERAL EN QUE ES HORA YA DE QUE DEJE PASO. PUES CARMONA, ENTRE UNAS COSAS Y OTRAS, LLEVA YA MÁS DE 16 AÑOS “PULULANDO” POR LA OMC. EL PROBLEMA ES QUE ESA VOCALÍA ES MUY DESEADA POR IGNACIO GUERRERO (UNIPROMEL) DESDE QUE APARECIÓ POR ESTE “MUNDILLO”, BENDECIDO POR SERAFÍN ROMERO. Y AHORA, ADEMÁS, GUERRERO SE VE FUERTE TRAS SU ACUERDO CON MARTÍNEZ SELLÉS EN MADRID, QUE LE HA PROMETIDO SU VOTO EN LA ELECCIÓN Y TODA SU INFLUENCIA PARA LOGRAR VOTOS DE COLEGIOS. EL FIN DE UNIPROMEL ES MUY CLARO: PROPAGAR TODA SU “VERBORREA” ANTICOMPAÑÍAS DESDE EL “PARAGUAS” DE LA OMC, PONIENDO ADEMÁS EN APUROS A TOMÁS COBO, A QUIEN LE SALDRÍA CON ESTO UN “DOLOR DE MUELAS” DE LOS QUE NO SE VAN FÁCILMENTE. EN LA OMC SE MANEJA, INCLUSO, QUE SE PRESENTE AL CARGO LA PROPIA MARÍA CORDON, AUNQUE QUIEN “MUERE POR SERLO”, ES EL PROPIO GUERRERO.

2.- MUCHOS PRESIDENTES SE LO ESPERAN Y YA PREPARAN UNA CANDIDATA COMÚN

AFORTUNADAMENTE, A GUERRERO YA SE LE EMPIEZA A CONOCER POR LA OMC. Y POR ESO UN GRUPO DE PRESIDENTES EXPERIMENTADOS, QUE VEÍA VENIR DE LEJOS SU MANIOBRA, LLEVA DÍAS REUNIÉNDOSE PARA COORDINAR UNA CANDIDATA DE CONSENSO. UNA CANDIDATA QUE, PARA SALIR ELEGIDA, DEBE TENER EL “OK” DE JOSÉ LUIS DÍAZ VILLARIG, ÚNICO HOMBRE QUE, CON SU SABIDURÍA ELECTORAL, GARANTIZA QUE GUERRERO “MUERDA EL POLVO” EN ABRIL. EN ESE SENTIDO, EL NOMBRE QUE ESTÁ HOY SOBRE LA MESA ES EL DE LA DOCTORA NAVARRA VIRGINIA IZURA AZANZ, NEUROFISIÓLOGA EN EL HOSPITAL LA ARRIXACA DE MURCIA, ADEMÁS DE TESORERA DEL COLEGIO DE MÉDICOS Y DE LA CESM EN MURCIA. IZURA ES UNA NAVARRA CONVENCIDA, PERO LLEVA YA CASI TODA SU VIDA EN MURCIA. CUENTA CON EL APOYO DE PACO MIRALLES. Y EN PRINCIPIO, PARTIRÍA COMO FAVORITA EN ESTA OPERACIÓN DE GENERAR UN ANTÍDOTO A UNIPROMEL. EL ÚNICO “PERO”, MUY LEVE, QUE ALGUNOS PRESIDENTES LE OBJETAN A MIRALLES, ES QUE MURCIA TENDRÍA CON ELLA YA A 2 DE LOS 7 VOCALES NACIONALES, PERO, “A PRIORI”, ESO NO DEBERÍA FRENAR A ESTA BUENA CANDIDATA.

3.- LA CONTINUIDAD DE DOMINGO SANCHEZ (MIR) Y LA CAÍDA DE GUTIÉRREZ MARTÍ

BREVEMENTE, RESALTAR TAMBIÉN QUE HAY CONSENSO GENERAL EN EL BUEN HACER DEL VOCAL MIR, DOMINGO SÁNCHEZ, TAMBIÉN MURCIANO, QUE HA SIDO “LA GRAN REVELACIÓN” DE ESTOS 4 AÑOS. SE HA COORDINADO PERFECTAMENTE CON SHEILA JUSTO (CESM Y AMYTS) Y SUS MODOS, ELEGANTES PERO CONTUNDENTES, GUSTAN A TODOS. MÁS DIFÍCIL LO TIENE EN LA V. DE JUBILADOS EL CATALÁN RICARDO GUTIÉRREZ, UNO DE LOS POCOS “VESTIGIOS” QUE QUEDAN DEL “SENDINISMO”. PROBABLEMENTE SE PRESENTE DE NUEVO. Y PEDIRÁ A SENDÍN QUE LE AYUDE. PERO 5 AÑOS DESPUÉS DE SU ADIÓS, LA INFLUENCIA DE SENDÍN YA NO ES NI POR ASOMO LA QUE ALGUNA VEZ FUE.

El próximo 29 de abril

**EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE
MÉDICOS CONVOCA ELECCIONES A LOS CARGOS DE
REPRESENTANTES NACIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA
RURAL, ATENCIÓN PRIMARIA URBANA, HOSPITALES,
EJERCICIO PRIVADO, MÉDICOS JÓVENES,
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y JUBILADOS**

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha convocado elecciones para los cargos de Representantes Nacionales de las Secciones de Médicos de Atención Primaria Rural, Atención Primaria Urbana, Médicos de Hospitales, Médicos de Ejercicio Privado, Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo, Médicos de Administraciones Públicas y Médicos Jubilados. Según el calendario electoral establecido, las votaciones se celebrarán el próximo 29 de abril de 2022

Así lo ha acordado la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en su última reunión. Según el calendario electoral previsto, el plazo de presentación de candidaturas se mantiene abierto desde el 25 de febrero de 2022 hasta el próximo 28 de marzo, a las 20:00 h.

La proclamación de candidatos tendrá lugar el próximo 29 de marzo de 2022 y las votaciones se celebrarán el 29 de abril.

Dicho proceso electoral se rige de conformidad con los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (aprobados por Real Decreto 1018/80, de 19 de mayo); los Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (aprobados por Real Decreto 300/2016, de 22 de julio); la Ley 2/1974, de 13 de febrero y la 74/1978 de 26 de diciembre sobre Colegios Profesionales, así como con el Reglamento de Procedimiento Electoral, aprobado por la Asamblea General del Consejo de Colegios Médicos de 26 y 27 de enero de 2007, y actualizado por la Asamblea General celebrada los días 19 y 20 de enero de 2018, y Reglamento de las Secciones Colegiales.

Las elecciones se desarrollarán y regirán por el Reglamento de Procedimiento Electoral y por el Reglamento de las secciones Colegiales del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, aprobado por la Asamblea General celebrada los días 26 y 27 de enero de 2007 y actualizado por la Asamblea General celebrada los días 19 y 20 de enero de 2018.

LOS MEDICAMENTOS HUÉRFANOS TARDAN 500 DÍAS EN FINANCIARSE EN ESPAÑA, Y DOS DE CADA TRES LO HACEN CON RESTRICCIONES

- **Este lunes, 28 de febrero, se celebra el Día Mundial de las Enfermedades Raras con el reto de mejorar el acceso de los pacientes a los nuevos medicamentos**
- **En nuestro país no existe un procedimiento específico de financiación y fijación de precio para estos fármacos, a diferencia de otros del entorno**
- **Farmaindustria propone un sistema de evaluación acelerada con criterios de reembolso público que consideren las necesidades de estos pacientes, las especificidades de los tratamientos y el valor social que aportan**

Alrededor de 3 millones de españoles (30 millones de europeos) padecen algún tipo de enfermedad considerada poco frecuente, esto es, patologías que afectan a menos de una de cada 2.000 personas. Entre un 50 y un 75% de los casos afectan a niños, y sólo un 5% de ellas tienen disponible algún tipo de tratamiento potencial.

En las dos últimas décadas se han producido avances notables para muchas de estas enfermedades, favorecidos por el Reglamento europeo de medicamentos huérfanos (141/2000), como demuestra el hecho de que en el año 2000 eran 8 los fármacos de este tipo disponibles y hoy ya son 129.

Aunque el desafío para la investigación sigue siendo enorme, el actual marco regulatorio europeo, basado en incentivos, ha fomentado la inversión privada en la investigación de estos tratamientos y ha supuesto que sólo en la última década los proyectos de I+D en este ámbito hayan crecido un 88%. De hecho, en los últimos años, uno de cada cuatro nuevos fármacos aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) fue para terapias con designación de huérfano.

Pacientes y familiares están necesitados de dosis de esperanza en forma de investigación de nuevos tratamientos; el desafío para sistema y profesionales sanitarios, investigadores y compañías es máximo y no admite demoras. Tras el éxito en la investigación debe producirse un acceso ágil para todos los pacientes que necesitan esos medicamentos.

Sin embargo, la realidad es que en España existen obstáculos en el acceso a la innovación en este ámbito y estamos perdiendo terreno con respecto a los países de nuestro entorno socioeconómico.

Según el informe anual de *Indicadores de acceso a terapias innovadoras en Europa*, realizado por la consultora Iqvia y que mide la disponibilidad de los medicamentos, en el caso de los huérfanos, en nuestro país están disponibles 40 de cada 100 fármacos aprobados en Europa entre 2016 y 2019, mientras que en Francia, Italia y Reino Unido están por encima del 70% y en Alemania, del 90%.

Asimismo, el tiempo medio desde la autorización por parte de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) hasta la resolución de financiación en España es de 523 días de media, a lo que hay que sumar que el 54% de los medicamentos para enfermedades raras incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) tienen algún tipo de restricción terapéutica, es decir, que restringen el uso a ciertos grupos de pacientes.

El medicamento huérfano tiene unas características propias que exigirían un sistema de evaluación específico, como son el número reducido de pacientes incluidos en los ensayos clínicos; la falta de un tratamiento comparador, al ser frecuentemente patologías sin alternativas terapéuticas, o la presentación de datos en fases tempranas debido a la urgencia de disponer de opciones para estos pacientes.

“A diferencia de otros países de nuestro entorno, en España no hay un procedimiento específico de financiación y fijación de precio para los medicamentos huérfanos, y habitualmente no se cumplen los plazos de seis meses que recoge la legislación para la resolución del expediente de evaluación y financiación”, recuerda la directora de Acceso de Farmaindustria, Isabel Pineros.

Algunas publicaciones vienen señalando la necesidad de este abordaje diferencial en el acceso a medicamentos huérfanos, como ya hacen cuatro de cada cinco países europeos. Estos modelos reconocen que los enfoques de evaluación convencionales pueden no ser adecuados para analizar el valor de los tratamientos destinados a enfermedades raras.

Propuestas para mejorar el acceso a la innovación

Con motivo de la celebración del Día Mundial de las Enfermedades Raras, el próximo lunes 28 de febrero, Farmaindustria quiere poner el foco en estos pacientes, sus familiares y cuidadores, porque si la investigación es importante en todas las áreas terapéuticas, en enfermedades raras es crítica.

Con el objetivo de conseguir que los pacientes españoles con enfermedades poco frecuentes tengan garantizado el acceso a los medicamentos que precisan y, a su vez, el SNS cuente con un sistema de toma de decisiones de calidad, Farmaindustria propone, en primer lugar, que para estos medicamentos se use un procedimiento de financiación acelerada, que desemboque en una decisión en un periodo no superior a los tres meses desde el inicio del trámite de fijación de precio.

Es necesario establecer un diálogo temprano entre la Administración y las compañías farmacéuticas titulares para planificar un acuerdo y que permita hacer más predecible cuándo el medicamento puede estar disponible para los pacientes.

Se propone también la adopción de criterios concretos de evaluación y financiación, públicos y rigurosos, que tengan en cuenta las especificidades de estos fármacos, y que, además de los actuales criterios de impacto presupuestario y de coste-efectividad, consideren aquellos que también se incluyen en la ley, como son la gravedad de la patología, las necesidades de los colectivos y el valor social del medicamento.

“Un procedimiento lento, complicado y de final incierto en el momento de gestionar la inclusión de un medicamento huérfano entre las presentaciones del SNS crea incertidumbre entre los gestores de los servicios regionales e incluso entre los prescriptores, lo que genera asimetrías en el acceso entre comunidades autónomas, así como una gestión menos eficaz”, asevera Pineros.

“Del mismo modo -añade-, el número de resoluciones negativas que obtienen los medicamentos huérfanos candidatos a financiación tiene un efecto desincentivador a la hora de priorizar el mercado español en las fases de lanzamiento de nuevos productos. Y cabe recordar que el 90% de los ensayos clínicos de estos productos son promovidos por compañías farmacéuticas”.

Es de suma importancia también que, hoy por hoy, en ningún momento de la evaluación de estos medicamentos participan expertos en la enfermedad rara a la que se dirige el nuevo tratamiento ni las asociaciones de pacientes, por lo que sería conveniente implicarlos en el procedimiento y contar con su asesoramiento.

La recogida de datos de efectividad es especialmente relevante en este tipo de medicamentos, incluso antes de la decisión de financiación, y por ello desde Farmaindustria se aconseja recabar esta información de forma automatizada y digitalizada; que se facilite a los médicos la incorporación de datos y su compartición con otros clínicos, pacientes y compañías farmacéuticas, y que se incluyan datos de pacientes con la enfermedad rara que no estén siendo tratados o que estén en tratamiento con otras opciones terapéuticas, entre otras cuestiones.

Finalmente, y ya en un marco internacional, como es el de la nueva Estrategia Farmacéutica Europea -que está sometiendo a revisión la regulación de medicamentos huérfanos junto a la de medicamentos pediátricos-, es crucial proteger el sistema de incentivos para no frenar los avances realizados en estas dos décadas y garantizar un marco específico para el fomento de la investigación de estos tratamientos.

A CONTINUACIÓN, MÁS INFORMACIÓN

Un cambio de rumbo para los **MEDICAMENTOS HUÉRFANOS**

La industria farmacéutica tiene un firme compromiso con la investigación de tratamientos para las enfermedades raras o poco frecuentes



1/2.000

- Afectan a menos de 1 entre 2.000 personas

- Cada **medicamento huérfano** que llega al mercado supone un gran esfuerzo investigador y, a su vez, una **nueva esperanza** para los pacientes y sus familias



Son fármacos con unas **características especiales**, por el escaso número de pacientes en cada patología y porque en la mayoría de los casos son los primeros tratamientos para la enfermedad que combaten

Dos décadas de notables avances

Gracias a una regulación específica (Reglamento europeo 141/2000)...



El acceso en España, un desafío

40/100 En nuestro país sólo están **disponibles** 40 de cada 100 medicamentos huérfanos aprobados en Europa, muy por debajo de países de referencia como Alemania, Italia o Francia

523 Tardan una media de **523 días en financiarse** por el sistema público

54% Casi la mitad de los que se financian lo hacen con **restricciones terapéuticas**



Nuestro país no dispone de un **procedimiento específico** de financiación pública y fijación de precio para estos fármacos

Cómo cambiar el rumbo

Con el ánimo de colaborar con la Administración para mejorar la situación en España, desde Farmaindustria proponemos:



Establecer un **diálogo** temprano entre Administración sanitaria y compañía farmacéutica comercializadora

Implicar en la evaluación de estos medicamentos a **expertos** en la enfermedad rara a la que se dirige el nuevo tratamiento y a las asociaciones de pacientes, algo que hoy no está previsto

Crear un **procedimiento de decisión** de financiación acelerado, dado que en la mayoría de los casos son enfermedades graves y sin tratamiento alternativo

Adoptar **criterios concretos** de evaluación y financiación públicos y rigurosos, que tengan en cuenta las especificidades de estos fármacos y que complementen a los actuales criterios de impacto presupuestario y de coste-efectividad por otros que consideren la gravedad de la patología, las necesidades de los pacientes y el valor social del medicamento

Asegurar la **recogida de datos** de efectividad -especialmente relevante en este tipo de medicamentos- de forma automatizada y digitalizada, para contribuir a una toma de decisiones más ágil y basada en la evidencia



En definitiva, se trata de **estrechar la cooperación** entre Administración y compañías farmacéuticas para disponer de un procedimiento **ágil, predecible y transparente**, que asegure el mejor acceso posible de los pacientes en España a los medicamentos que necesitan

LA AIREF PUBLICA SU PLAN DE ACTUACIONES 2022 CON UNA APUESTA CLARA POR LA SOSTENIBILIDAD Y LA EVALUACIÓN

- La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal continuará con su labor de supervisión fiscal en profundidad y velará por la sostenibilidad de las finanzas públicas con una visión de largo plazo
- Hará de la evaluación de políticas públicas una actividad central de la institución y reforzará los principios de independencia, transparencia y rendición de cuentas
- La AIReF publicará los Informes preceptivos sobre el ciclo presupuestario y actualizará el escenario de medio plazo de las previsiones macroeconómicas y fiscales
- Elaborará tres Opiniones sobre: el Ingreso Mínimo Vital, la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas y el cese de actividad de trabajadores autónomos
- Realizará los estudios de la tercera fase del Spending Review 2018-2021, el plan de acción de la primera fase del Spending Review 2022-2026 y los estudios encargados por las Administraciones Públicas Territoriales, entre otros.

- **PLAN DE ACTUACIONES DE LA AIREF 2022, INTEGRO EN DOSIER ESPECIAL**

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) publicó el Plan de Actuaciones 2022, en el que figura que la institución continuará con su labor de supervisión fiscal en profundidad y velará por la sostenibilidad de las finanzas públicas con una visión de largo plazo. Para conseguir estos objetivos, la AIReF llevará a cabo una serie de actuaciones dirigidas a mejorar su actividad, como la actualización de las previsiones demográficas y de gasto en pensiones, incluyendo el impacto de la reforma aprobada en 2021 y, en la medida de lo posible, las reformas que se puedan aprobar en 2022.

PLAN DE ACTUACIONES DE LA AIREF 2022

El Plan de Actuaciones 2022 detalla el segundo año de actividad que se desarrolla bajo el Plan Estratégico 2020-2026, publicado el 25 de septiembre de 2020. El objetivo fundamental de dicho Plan a seis años es consolidar una institución, todavía joven, como un instrumento útil para la sociedad. Para ello, las actuaciones de la AIReF se van a articular en torno a cuatro ejes estratégicos: la supervisión fiscal en profundidad de todas las Administraciones Públicas; velar por la sostenibilidad de las finanzas públicas con una visión a largo plazo; hacer de la evaluación de las políticas públicas una actividad central de la AIReF; y el refuerzo de los principios de independencia, transparencia y rendición de cuentas.

En esta ocasión, el Plan de Actuaciones 2022 se enmarca en un periodo de transición caracterizado por las expectativas de superación de la fase más aguda de la crisis generada por la COVID-19, la puesta en marcha del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) y, en principio, por ser el último año de suspensión de las reglas fiscales como consecuencia del mantenimiento de la cláusula de escape prevista en la Ley de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (LOEPSF) antes de la vuelta a un previsible nuevo marco de reglas fiscales en 2023.

La activación de la cláusula de escape, con efectos desde 2020, no implica la ausencia de supervisión fiscal pero afecta directamente a la actividad de la AIReF. En particular, con la suspensión de las reglas fiscales y sustitución de objetivos fiscales por tasas de referencia, queda anulada la posibilidad de activar los mecanismos preventivos, correctivos y coercitivos de la LOEPSF y, consecuentemente, los correspondientes informes de la AIReF en esta materia. La desactivación de la cláusula de escape o toda alteración que pueda producirse en el marco fiscal a lo largo del año sería tenida en cuenta y se reflejaría debidamente en las actuaciones de la AIReF.

Supervisión y sostenibilidad

En 2022, la AIReF continuará con su labor de supervisión fiscal en profundidad de todos los niveles de la Administración Pública, a través del seguimiento de la situación económica y presupuestaria, el cumplimiento con el marco fiscal nacional y europeo y la alerta temprana de riesgos. Asimismo, velará por la sostenibilidad de las finanzas públicas con una visión de largo plazo, a través de análisis en profundidad de la sostenibilidad y la contribución a la definición de una estrategia fiscal sostenible.

Así, en 2022, la AIReF publicará los Informes sobre el ciclo presupuestario si se materializan los hitos presupuestarios que justifican su realización. Además, tiene previsto publicar tres opiniones: una sobre la sostenibilidad a largo plazo de las Administraciones Públicas (AAPP), otra sobre el Ingreso Mínimo Vital (IMV) de acuerdo con el plan de trabajo plurianual publicado en diciembre de 2020 y otra sobre el cese de actividad de los trabajadores autónomos. En función del desarrollo del resto de los trabajos y de las necesidades que se detecten a lo largo del ejercicio, el Comité Directivo puede considerar la emisión de opiniones adicionales sobre algún tema de relevancia a lo largo del año.

Siguiendo con su ejercicio de autoevaluación, la AIReF actualizará su análisis con los resultados de 2021 y realizará una evaluación de los modelos de previsión macroeconómica de las CCAA. Por otro lado, se realizará un análisis del impacto de los cambios normativos de los ingresos tributarios. Además, en otoño la AIReF actualizará el escenario a medio plazo de las previsiones macroeconómicas y fiscales publicado en primavera con ocasión del Informe sobre la Actualización del Programa de Estabilidad.

Teniendo en cuenta que 2022 será previsiblemente el último año de suspensión de las reglas fiscales, la AIReF continuará participando en el debate sobre el futuro marco de gobernanza fiscal con la publicación de un documento con su visión sobre la reforma de la gobernanza fiscal de la UE, su aplicación al caso de España y sus posibles ámbitos de mejora. Además, valorará el impacto macroeconómico de las medidas y reformas incluidas en el PRTR, así como el impacto macro y fiscal de la estrategia de consolidación a medio plazo que podría incluirse en la actualización del Programa de Estabilidad.

La evaluación, una actividad central

La AIReF hará de la evaluación de políticas públicas una actividad central de la institución. Así, realizará los estudios correspondientes a la tercera fase del Spending Review 2018-2021 encargado por la administración central a la AIReF, centrados en la evaluación estratégica de los instrumentos financieros para el apoyo a los sectores productivos y la evaluación de la gestión de los residuos urbanos. Asimismo, se preparará el plan de acción de la primera fase del Spending Review 2022-2026 sobre instrumentos financieros de apoyo a los sectores productivos y asistencia sanitaria del mutualismo administrativo. Por otro lado, se desarrollarán los trabajos de los estudios encargados por el Gobierno a instancia de algún departamento ministerial, como el estudio sobre la cooperación financiera internacional-FONPRODE; así como los estudios encargados por Administraciones Públicas Territoriales (Castilla y León, Sant Feliu de Llobregat, Aragón, Comunitat Valenciana, Extremadura, Navarra e Illes Balears).

Refuerzo de los principios de independencia, transparencia y rendición de cuentas

La AIReF reforzará sus tres principios rectores, la independencia, transparencia y rendición de cuentas. Como novedad, en el ámbito de la transparencia se publicarán en la página web los datos en formato accesible de los informes, una herramienta visual y sencilla de consulta de las recomendaciones y un observatorio de CCAA, entre otros.

ANDRÉS G. MONGARS: "QUIERO RECUPERAR EL CONTACTO PERSONAL CON LOS COLEGIADOS Y AFRONTAR EL RETO DIGITAL"

EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE ALICANTE, UNO DE LOS QUE MÁS SUMA DENTRO DEL CONSEJO GENERAL, TIENE DESDE HACE POCO MÁS DE UN AÑO, COMO PRESIDENTE, A ANDRÉS GARCÍA MONGARS. LAS RESTRICCIONES DE LA PANDEMIA HABÍAN IMPEDIDO PODER COMPARTIR SUS IMPRESIONES CARA A CARA. Y APROVECHANDO SU PRESENCIA Y LA DE SANIFAX EN LA TOMA DE POSESIÓN DEL COLEGIO DE MÉDICOS, POR FIN PUDIMOS HACERLO. EN SUS PALABRAS SE VE A UN HOMBRE AMABLE, REFLEXIVO Y QUE QUIERE TENER BUEN TRATO CON TODOS.



→ **Acaba de cumplirse su primer aniversario del cargo. ¿Qué es lo que más le ha ocupado en todo este tiempo y lo que más le preocupa ahora que la pandemia remite?**

→ Lo primero que me ocupó fue asimilar a lo que ahora me dedico. Yo había estado ya en la Junta. Pero, evidentemente, hacerlo, como Presidente, no es lo mismo. Y lo segundo, quizás en lo que voy a dedicar mucho empeño, es en comunicarme con los colegiados. Por lo tanto, voy a dedicar muchísimo tiempo al contacto personal en cualquier modalidad del "uno a uno".

Hay otras preocupaciones, evidentemente. Las que nos preocupan en general a todos los colegios. Cosas sobre las que no tienes control, propias de lo que ahora se denomina "la nueva sociedad", relacionadas con los nuevos retos que vienen de la distancia y la parte digital.

→ **¿Cómo valora el trabajo de su antecesora, Fe Ballesteros?**

→ Creo que nos tenemos un afecto recíproco. Verdaderamente, cuando llegas al cargo te das cuenta y reconoces el trabajo que han hecho todos los antecesores que has tenido. Pero, lógicamente, Fe Ballesteros es mi antecesora primera, es la que me ha enseñado muchísimas de las cosas de este trabajo. Y ha sido mi mentora. Le tengo un cariño especial.

"EL APROVECHAMIENTO DE PARTE DE LA SEDE PARA GESTIÓN HOTELERA SE HACE DESDE QUE SE COMPRÓ. EL ÚNICO CAMBIO ES QUE AHORA ENTRA OTRA EMPRESA"

→ **¿Sigue en pie lo de crear unos "pisos turísticos" en un espacio sobrante del Colegio?**

→ Nuestra sede colegial es de 1973. Y durante la época de Fe Ballesteros, ya se hizo una reforma. Desde 1973, hay una parte de la sede que está destinada a esa actividad. Por distintos motivos, quedó desalojada. El operador de esa capacidad hotelera, no quiso continuar. Y en este momento, hemos aprovechado para actualizar el edificio en instalaciones, seguridad y en todo lo que le hacía falta. Igual que se hizo en la otra parte del colegio, que fue la propia reforma colegial. A partir de ahí, esas instalaciones las va a llevar otra gestora. Y a mí me da igual que escojan un modelo que otro. Porque es continuar con lo que ya había.

→ **¿Cuál es la relación del COFA con los otros colegios sanitarios de Alicante?**

→ Muy buena, porque así lo pretendo. Creo que la cordialidad entre los colegios sanitarios es clave. Y que haya una relación fluida, para mí es fundamental. Porque compartimos la visión, por ejemplo, junto a Hermann Schwarz (Médicos), de aspectos que son muy importantes.

→ **Ponga un ejemplo de un tema en que médicos y farmacias deban ir de la mano...**

→ Al final, una cosa que nos une y en la que siempre hemos trabajado, es la seguridad del paciente. Y especialmente, cómo vamos a evolucionar juntos en la comunicación entre nosotros a través del medio principal que, de momento, es la receta. Esperemos que en el futuro haya otras vías abiertas también por parte de la Administración.



ENTREVISTA CON EL PRESIDENTE DEL COF DE ALICANTE

ANDRÉS G. MONGARS: "JESÚS AGUILAR Y SU EQUIPO SON PERSONAS DE GRAN CALIDAD HUMANA. SE NOTA SU ESFUERZO POR RENOVAR EL CONSEJO GENERAL. HACEN UN GRAN TRABAJO"

→ **Hacemos esta entrevista poco después del discurso de toma de posesión de Hermann Schwarz como Presidente de los Médicos. ¿Qué le ha parecido?**

→ Ha sido un discurso de compromiso y de responsabilidad sobre lo que piensa hacer por sus colegiados. Creo que compartimos muchos aspectos de lo que ha expresado.

→ **¿Qué le parece la fuerte apuesta de las empresas de distribución por la C. Valenciana?**

→ Me alegra mucho, lógicamente. Eso quiere decir que el modelo solidario, que es clave en el modelo de farmacia, está asentado, va creciendo y va cogiendo más capacidad. Esta expansión es beneficiosa para nuestro modelo. Porque, al final, la clave es que lleguen los medicamentos y productos sanitarios en los tiempos que tienen que llegar y cómo tienen que llegar.

→ **¿Ha habido siempre buena colaboración con la distribución farmacéutica en Alicante?**

→ En mi opinión, creo que sí. Y aprovecho para agradecer el trabajo que siempre realizan.

→ **¿Cómo valora el trabajo de Jesús Aguilar y su equipo en el Consejo General?; ¿Qué proyectos del Consejo le parecen más atractivos y cómo puede ayudar más el COFA?**

→ Jesús Aguilar y su equipo me parecen personas de una calidad humana muy importante. Creo que para el trato con tantos que somos en los Colegios, es fundamental. En el Consejo General están haciendo un trabajo serio. Y se nota una renovación importante en el intento de cambio en el modelo de gestión y en asumir la portavocía nacional de todos los asuntos que son más importantes y que más afectan a la profesión. Sinceramente, lo están haciendo muy bien.

Y en cuanto a cómo puede ayudar Alicante... Somos un colegio que puede aportar mucho. Pero tal vez la pregunta no sea lo que pueda aportar Alicante, sino cómo podemos aportarnos mutuamente. Hay muchísimos proyectos que está desplegando el Consejo General. Y muchas veces también hay que plantearse en qué podemos colaborar juntos para que se lancen.

El gran proyecto hoy es cómo seguir siendo un Consejo de colegios dentro de la "revolución digital". Porque este avance está haciendo que el contacto a punto final sea muy directo.

→ **¿Cómo es la relación con la Consellería de Sanidad y qué proyectos considera que habría que retomar ahora que baja la incidencia de la pandemia?**

→ La relación con la Dirección General de Farmacia es fluida y honesta. Y en el caso de la honestidad, es algo para mí importante. Sobre los proyectos, hay algunos que arrancaron con la pandemia y que quizás tendrían que consolidarse. Hay aspectos de nuestro modelo que sería beneficioso que se mantuvieran, como la "dispensación colaborativa" o "entrega informada".

Se trata de algo que beneficia al paciente. Y en esa línea tenemos que avanzar. Ni ellos van a avanzar en nada que no vean claro que es beneficioso para la sociedad; ni nosotros lo haremos en algo que no sea beneficioso para el ciudadano y para nosotros. De momento, los proyectos son muy generales. Cuando haya alguno más concreto, lo explicaremos.

→ **¿Cree que el Consejo Autonómico de Farmacéuticos Valenciano debería evolucionar en su labor y que aún no lo ha hecho por tener aún una cierta juventud?**

→ De joven, el Consejo valenciano no tiene nada. Si no recuerdo mal, se fundó el 2012-2013, luego tiene ya unos 10 años. Ha habido renovaciones incluso de los miembros. Y, efectivamente, se creó ya así para que tuviera una serie de características que, quizás, en esos momentos había incluso una obligación de crear. Efectivamente, es hora ya de empezar a conformarlo con mayor capacidad y estructura. No es normal que a veces utilicemos recursos por separado de los tres en aspectos que deberían estar ya, desde mi punto de vista, integrados en la parte autonómica.

El evento, celebrado el 23 de febrero, ha sido organizado por la compañía Organon, en colaboración con la consultora Harmon y con el patrocinio de la Comunidad de Madrid

'SALUD CON PERSPECTIVA ON LIVE', FORO MULTIDISCIPLINAR DE EXPERTOS PARA ANALIZAR CÓMO MEJORAR LA SALUD INTEGRAL DE LA MUJER A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN A LAS DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

- La salud con perspectiva de género reclama atender a las diferencias entre hombres y mujeres que influyen de una manera directa en su salud, como los factores biológicos, los socioculturales o los sanitarios, que pueden provocar que las mismas enfermedades tengan distintos síntomas, diagnóstico y pronóstico en ellos que en ellas
- En el Foro, moderado por la periodista Marta Fernández, han participado la investigadora Flora de Pablo, el sociólogo José María Bleda, la escritora Espido Freire, el cardiólogo Héctor Bueno y la periodista María Rey; aportando entre todos una visión abierta y multidisciplinar sobre las necesidades de salud de la mujer
- Marta Molina Olivas, jefa del Área de Prevención de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, ha clausurado el evento, al que ha dado inicio Juan Vera, director general de Organon en España y Portugal



El abordaje de la salud con perspectiva de género es uno de los caminos para mejorar la salud integral de la mujer. Pese a la importancia de este enfoque, su aplicación es aún incipiente y necesita ser más conocido, para lograr una atención sanitaria más sensible a las diferencias entre hombres y mujeres.

Así lo han asegurado las expertas y los expertos reunidos el pasado miércoles

en el Foro 'Salud con Perspectiva On Live', organizado por **Organon**, compañía biofarmacéutica centrada en la salud de la mujer, en colaboración con la consultora **Harmon** y con el patrocinio de la **Comunidad de Madrid**.

“En Organon tenemos el propósito de mejorar la salud integral de la mujer. Y creemos que una de las maneras de lograrlo, además de con la investigación y la innovación, es a través del impulso de la atención sanitaria de las mujeres desde esta perspectiva, es decir, desde un cuidado que sea consciente de las diferencias biológicas, socioculturales y estructurales que influyen en la salud de las mujeres. “

“Porque en muchos casos, aunque la enfermedad sea la misma, los síntomas, el diagnóstico e incluso la forma de recuperarse serán diferentes si quien la sufre es una mujer o un hombre, como ocurre por ejemplo con los infartos”, ha señalado **Juan Vera**, director general de Organon en España y Portugal, quien ha agradecido la participación de todos los expertos y de la Comunidad de Madrid, afirmando que *“mejorar la salud de la mujer es un objetivo muy amplio para el que se necesita la implicación de todos los agentes sanitarios.*

Por su parte **Marta Molina Olivas**, jefa del Área de Prevención de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, ha expresado que *“desde la Dirección General de Salud Pública, trabajamos para que los programas de promoción y prevención incorporen la perspectiva de género desde su planificación, teniendo en cuenta las diferencias que se dan desde el inicio de la vida entre hombres y mujeres y sobre las que hay que incidir. También se está dedicando un gran esfuerzo y recursos a los programas de prevención dirigidos a las mujeres, en particular en cuanto a los programas de detección de cáncer de mama y cáncer de cérvix, para los que se está trabajando en dotar de una verdadera perspectiva poblacional, garantizando la cobertura de todas las mujeres de la Comunidad de Madrid”.*

Un impulso a la salud de la mujer desde diferentes ámbitos

En el debate de ‘Salud con Perspectiva On Live’, moderado por la periodista **Marta Fernández**, han participado expertas y expertos procedentes de diferentes ámbitos de la sociedad, que abarcan desde la sociología, la cultura, la comunicación o la medicina, todos ellos claves para analizar y reflexionar sobre todas las cuestiones que afectan a la salud de la mujer: la investigadora Flora de Pablo, el sociólogo José María Bleda, la escritora Espido Freire, el cardiólogo Héctor Bueno y la periodista María Rey.

En el plano científico, **Flora de Pablo**, doctora en medicina y biología celular, ha expuesto que, para impulsar el abordaje de la salud con una perspectiva de género, *“falta formación específica, una mayor percepción social de la importancia de esta perspectiva y recursos que faciliten la aplicación de medidas para avanzar”.* Ha insistido en que se debe explicar bien la legislación que obliga a hacer estudios preclínicos y ensayos clínicos con representación de ambos sexos, y cumplir esa legislación. Es importante también *“recoger y reportar datos epidemiológicos segregados por sexos que permitan el análisis estadístico completo”,* ha concretado.

En este mismo sentido, el cardiólogo del Hospital 12 de Octubre, **Héctor Bueno**, ha indicado que para que haya una diferenciación en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cuando las pacientes son mujeres, es importante *“incorporar la perspectiva de género al estudio de la salud de la mujer. Además, se debería dar un cambio de paradigma y dejar de definir las patologías principalmente por los datos de los varones, extrapolando los conocimientos a las mujeres”.*

Y es que una de las cuestiones que se destacan al profundizar en la salud con perspectiva es que las mujeres se encuentran infrarrepresentadas en la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados, pues como media, no superan el 30% de los pacientes participantes, con diferencias por patología. Pese a ello, los resultados se aplican de igual manera tanto a hombres como a mujeres, con ajustes de dosis por peso, por ejemplo, pero sin tener en cuenta otras diferencias.

Importancia del impacto social en la salud de las mujeres

José María Bleda, sociólogo experto en determinantes sociales de la salud, ha destacado por su parte que *“la sociedad no solo está preparada para abordar una perspectiva de género en la salud, sino que lo está demandando desde hace ya varias décadas.”*

“De hecho, se han identificado las diferencias existentes entre la salud de las mujeres y los hombres como consecuencia del género, y se han diseñado diversas políticas públicas para el abordaje de esa problemática. Hay que seguir en esta línea”.

Según este especialista, *“Actualmente, las mujeres desempeñan múltiples roles sociales. En muchos casos, se les exigen más esfuerzos que a los hombres, lo que da lugar a un conflicto. Consecuencia de ello -ha añadido- es el padecimiento de más enfermedades físicas y psíquicas, sobre todo las que afectan a su salud mental”.*

Precisamente la escritora **Espido Freire**, que en algunas de sus obras ha buscado el modo de difundir, desmitificar e informar sobre salud mental tras pasar por una experiencia en primera persona, ha explicado que la cultura puede ayudar a que la sociedad tenga otra percepción de enfermedades que afectan más a las mujeres que los hombres como, por ejemplo, la depresión, *“a través de dos vías principales: la creación, en la que se aborde el tema con sinceridad o al menos con honestidad por parte del creador, y que rompa tanto tabúes como tópicos sobre el tema de la salud mental, y el testimonio o ejemplo personal de las creadoras, que en muchos casos funcionan como referentes en más aspectos que el meramente cultural. La desdramatización de la enfermedad mental resulta básica en este caso.*

También funcionan como referentes sobre salud los medios de comunicación. **María Rey**, presentadora de televisión y vicepresidenta de la Asociación de la Prensa de Madrid, ha argumentado que son imprescindibles para trasladar información útil y contrastada sobre la salud, la preocupación más universal.

“Siempre hemos tratado los temas sanitarios desde una perspectiva generalista, pero ahora la sociedad se enfrenta a un gran reto: afrontar el envejecimiento de la población. La calidad de nuestra vida madura dependerá del conocimiento de nuestros cuerpos, de los males que nos acechan y de cómo afectan de forma diferenciada a mujeres y hombres. En eso debemos centrarnos ahora”.

Salud con Perspectiva de Mujer para celebrar el 8M

Tras este primer Foro ‘Salud con Perspectiva On Live’, celebrado en Madrid, Organon realizará nuevos foros con el mismo formato en diferentes ciudades de la geografía española, para poder seguir escuchando a expertas y expertos de distintas áreas acerca de cómo responder a las necesidades de salud de la mujer.

El Foro ‘On Live’ se enmarca en las acciones que Organon está realizando alrededor del día 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, con el lema “Salud con perspectiva de Mujer”, un movimiento que busca impulsar la práctica clínica con perspectiva, concienciar a la mujer sobre la importancia de su propia salud, e invitar a otras organizaciones e instituciones, así como a expertos de diferentes ámbitos, a unirse en el objetivo común de mejorar la salud integral de la mujer.

Como parte de este movimiento, Organon ha puesto en marcha este año una acción pionera: las cerca de 9.500 empleadas y empleados de Organon en todo el mundo (230 en España) tendrán el 8 de marzo el día libre para que ellas lo dediquen a cuidarse a sí mismas y sus compañeros, a centrarse en la salud de las mujeres que tienen más cerca. Porque sólo logrando que las mujeres tengan un día a día más saludable, se consigue mejorar la salud de toda la sociedad.

LEY DE IGUALDAD: LOS HOSPITALES PÚBLICOS PRACTICARÁN ABORTOS

- **A partir de los 16 años sin autorización paterna, sin días de reflexión y con una lista de objetores**

La reforma de la ley del aborto que diseña Igualdad obliga a los hospitales públicos con servicio de ginecología y obstetricia a contar con profesionales que practiquen abortos, elimina la obligación del periodo de reflexión de tres días y acaba con la exigencia del consentimiento paterno para las chicas de 16 y 17 años. Lo anunció ayer la ministra de Igualdad, Irene Montero, durante su comparecencia en la comisión correspondiente del Congreso, en la que indicó que será la mujer quien decida el método de interrupción del embarazo; en el centro de salud le darán toda la información necesaria y la derivarán al hospital por procedimiento de urgencia.



La reforma elimina el consentimiento paterno que introdujo el Gobierno del Partido Popular para las menores de 16 y 17 años: «Del mismo modo que son responsables para trabajar o tener relaciones sexuales, lo son para decidir sobre sus cuerpos», incidió. Igualdad apuesta también por avanzar en el reconocimiento de un permiso maternal preparto; prevenir y erradicar «la violencia ginecobstétrica e impulsar las buenas prácticas que muchos hospitales» ya desarrollan; garantizar la salud menstrual y ofrecer educación sexual en todos los niveles educativos.

«Es responsabilidad del Estado ofrecer una educación que permita el acercamiento de los más pequeños a la sexualidad desde la igualdad y el respeto al otro, a la otra», manifestó la ministra. En su discurso reiteró los obstáculos que padecen muchas mujeres y que les impiden ejercer su derecho a abortar, como «la presión y las críticas» que sufren o el tener que desplazarse cientos de kilómetros porque «no existen recursos públicos en sus provincias para hacerlo».

El 87,25% de las interrupciones voluntarias del embarazo de 2020 se realizaron en entornos extrahospitalarios, de los que el 78,04% fueron en centros privados. «Existe un problema de accesibilidad, gratuidad y equidad territorial», dijo. Ni Madrid, ni Extremadura, ni Castilla-La Mancha, ni Murcia han practicado abortos en centros públicos durante 2020 y en 12 provincias no se ha notificado ni uno en los últimos cinco años, ni siquiera en centros privados, de acuerdo con los datos de Sanidad.

Tras recordar que hay hospitales en los que todos sus profesionales se declaran objetores de conciencia «y comunidades que aluden a ello para explicar por qué no asumen los abortos en la sanidad pública», Montero subrayó su propósito de «blindar» el derecho al aborto en los centros públicos. Reconoció que la objeción de conciencia es un derecho constitucional que el Ejecutivo respetará «escrupulosamente», pero insistió en que «no puede suponer una barrera». Y avanzó que se tomará como referencia la ley de la eutanasia, una norma que apostó por crear un registro de profesionales objetores de conciencia. Todos los hospitales con servicio de ginecología «deberán tener profesionales que puedan garantizar la interrupción voluntaria del embarazo».

El consejero de Sanidad ha visitado la Unidad de Salud Bucodental del Centro de Salud Goya de la capital para conocer la atención a la población infantil

LA COMUNIDAD DE MADRID DESTINA ESTE AÑO 2,2 MILLONES DE EUROS PARA FINANCIAR TRATAMIENTOS DENTALES ESPECIALES A LA POBLACIÓN DE 7 A 16 AÑOS

- Más de 38.000 niños han recibido estos tratamientos desde la puesta en marcha de este servicio, con un ahorro medio de 204 euros por menor
- Las unidades de Salud Bucodental de Atención Primaria ofrecen asistencia a la población adulta e infantil, con una media de 900.000 consultas al año
- Estos recursos se encargan de la revisión anual de los menores de 7 a 16 años, así como de la limpieza dental, sellados u obturaciones



La Comunidad de Madrid destina este año 2.242.677 euros para financiar tratamientos dentales especiales que precisen los menores de 7 a 16 años, mediante el sexto convenio suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud -SERMAS- y el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM).

En el mismo se detalla el acceso a estas prestaciones, desde las unidades de Salud Bucodental de los centros de salud, de unos 720.000 menores.

El consejero de Sanidad del Gobierno regional, Enrique Ruiz Escudero, visitó el pasado jueves la Unidad de Salud Bucodental (USBD) del Centro de Salud Goya, en la capital, para conocer las actuaciones que realizan sus tres odontólogos y tres higienistas dentales para derivar a la población infantil a los tratamientos especiales, así como las consultas que realizan en el marco del Programa de Atención Dental Infantil de la Comunidad de Madrid (PADI).

Ruiz Escudero ha estado acompañado por el presidente del COEM, Antonio Montero, el director general de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, Jesús Vázquez Castro, y la gerente asistencial de Atención Primaria, Sonia Martínez Machuca.

Entre los tratamientos especiales que cubre el convenio se encuentran endodoncias, reimplantes dentarios o la colocación de mantenedores de espacio, y grandes reconstrucciones u obturaciones sobre endodoncias previamente realizadas o sobre pérdida de tejido debido a traumatismos dentales.

Por su parte, la población infantil con diversidad funcional física o psíquica reconocida oficialmente que necesite sedación es atendida en el Hospital público Infantil Universitario Niño Jesús.

Para acceder a estas prestaciones, el menor debe acudir a la Unidad de Salud Bucodental de su centro de salud. Tras la valoración del profesional, se le deriva al odontólogo colegiado que libremente escoja el usuario entre los 920 adheridos al convenio. El listado de estos profesionales está disponible en la propia Unidad.

Desde la puesta en marcha de este convenio en 2017, la Comunidad de Madrid ha invertido 8 millones de euros para ayudar a las familias en la financiación de tratamientos dentales y se han atendido a un total de 38.663 pacientes, con un coste medio de 204 euros por cada menor.

Durante el año pasado, en plena pandemia, el convenio se mantuvo y, en total, se llevaron a cabo estas actuaciones a 2.815 niños, con una media de 2,4 por cada menor. Los principales motivos de atención fueron endodoncia del molar (25%), gran reconstrucción (24%) y colocación de mantenedor de espacio (11%).

Profesionales de las unidades de salud bucodental

La atención a la salud bucodental en la Comunidad de Madrid se desarrolla en 87 USBD de centros de salud. En ellos, anualmente se realizan 900.000 consultas, entre la población adulta y la infantil, atendidas por odontólogos e higienistas dentales.

En menores, estos profesionales realizan cada año 120.000 revisiones, que comprenden el análisis del estado dental y de índices de caries, la valoración de hábitos inadecuados e información sobre medidas higiénicas, entre otras actuaciones. En las USBD, además, si es necesario, se les realizan aplicaciones de flúor tópico, sellado de fosas, obturación de los dientes (empastes) y tartrectomías (la limpieza de boca).

De manera complementaria a la actividad asistencial, los profesionales de las USBD realizan actividades para prevenir enfermedades, tanto en consulta como en talleres de Educación para la Salud impartidos en centros educativos de la región, promocionando estilos de vida saludables e higiene dental.

MADRID

Cascada de renuncias entre los tutores voluntarios de los médicos de familia

Al menos 203 doctores no asesorarán a los nuevos MIR por la saturación de trabajo

BERTA FERRERO, Madrid

La atención primaria era un vaso de agua lleno de agujeros antes de la pandemia y la covid actuó como un tsunami que arrasó con todo. Lo último en tambalearse, la docencia que aquellos médicos de familia asumían de forma voluntaria con los residentes que llegan cada año.

Con ese ejemplo tan gráfico del vaso de agua, Eduardo Díaz, doctor en un centro de salud de Leganés, explica por qué ha mandado una carta a la Comunidad de Madrid avisando de que, a partir de junio, ya no asumirá la tutoría de ningún nuevo médico interno residente (MIR). No es un caso aislado. Un goteo de renuncias fue llegando la semana pasada a la Administración. Ya van, al menos, 203 facultativos de familia que se han bajado del carro de la formación de los futuros médicos de atención primaria.

Las razones son variadas, aunque repiten una y otra vez que les falta tiempo, que están saturados y, por tanto, hartos de decir que no pueden más. Una portavoz de la Consejería de Sanidad cifraba esas bajas voluntarias hace una semana en 193, un 28,3% del total, pues había hasta ahora 681 tutores de esta especialidad en la región. Pero el número sigue subiendo, uno a uno, y el sindicato de médicos Amys cree que se supera con creces el 30%.

Que no se tutoricen a los residentes que elijan la especialidad de médico de familia en la atención primaria, es decir, en los centros de salud, puede ser letal para la sanidad madrileña, según los propios doctores, porque si no encuentran quién les enseñe, los jóvenes buscarán amparo en otras especialidades, en los hospitales o en otras comunidades autónomas. "Y Madrid, entonces, se quedaría sin mano de obra barata", recuerda Aurora López Gil, otra de los médicos de familia que escribió a la Administración para avisar de su renuncia.

"Estamos haciendo un plan",



Una mujer era atendida ayer en el centro de salud de Torrelodones. / SANI BURGO

La mitad de los facultativos están polimedificados

La bomba de la renuncia a la docencia no ha llegado de la nada. Lo cuenta el médico de familia, psicoterapeuta y responsable del gabinete de salud mental de Amys, Ángel Luis Rodríguez. Los primeros meses de la pandemia los sanitarios sufrían de ansiedad, insomnio, irritabilidad, estrés... "Pero cuando la adrenalina en la sangre empezó a bajar, llegaron los síntomas de la depresión", explica. Rodríguez desgrana los

explican fuentes de la Consejería de Sanidad. "Mentira. No hacen nada. Se han reunido con nosotros y se han acabado asumiendo que tenemos razón", se queja Au-

datos: desde marzo de 2020 hasta ahora, el **burnout**, la conocida como crisis de identidad profesional, ha pasado del 40% al 60% entre los médicos de familia. Entre un 20% y un 25% se han planteado dejar la profesión. El 56% quiere dejar su puesto actual y pedir un cambio. Un 3,5% de médicos tiene ideas suicidas. Y más de la mitad están polimedificados, es decir, se toman al menos dos fármacos para pasar consulta.

rorra López Gil. Eduardo Díaz pertenece a la zona sur de Madrid, la que se encuentra más saturada y, por tanto, de donde proviene la mayoría de los 100.000 madrile-

ños que sufren el cambio de médico constante por bajas prolongadas. López Gil, sin embargo, es de la zona noroeste, de Torrelodones: "Una de las zonas VIP, lo sé, y aun así la cosa también está mal porque esto es una bomba expansiva". Ambos hablan de los beneficios de la medicina de familia con orgullo. Es, aseguran, la base para aumentar la calidad de vida de la población y una de las razones más importantes para evitar que muchos casos se cronifiquen.

Sin embargo, llevan años arrojando tiempo al reloj, asumiendo más y más pacientes y sufriendo al ver cómo la calidad de la sanidad pública caía en picado con más listas de espera (dos o tres semanas para una consulta normal) y menos tiempo para atender (siete minutos de tutoría). Los dos han estado decidas utilizando, simultáneamente a su trabajo, a futuros médicos y los dos han renunciado a seguir hacién-

dolo. "No tienes tiempo para explicar bien cómo atender un caso en consulta, es lamentable. Y lo siento en el alma, porque siempre me ha gustado mucho hacerlo, creas una relación paterno-filial muy bonita, es muy gratificante y te hace mejor médico y mejor persona", lamenta él, que cuenta que estuvo presente en una reunión "muy tensa" con la Dirección Asistencial sur de la Administración para tratar este tema.

Ocurrió el viernes 11 de febrero. En la Comunidad de Madrid habían saltado las alarmas porque en el sur renunciaron en cuestión de días 50 de los 76 tutores. Al año, un médico puede tener hasta cuatro personas a su cargo para enseñarles la especialidad. Lo hacen, eso sí, de manera altruista y voluntaria. No cobran ninguna retribución por ello y el tiempo que le dedican es el suyo, exclusivamente.

"Cero autocrítica"

En la reunión con la Dirección Asistencial, cuenta Díaz, les pidieron explicaciones e insistieron en la importancia que tiene la docencia para el futuro de la sanidad. "Es alucinante porque hacen cero autocrítica y nos planteaban que qué podíamos hacer para salvar la docencia. No hombre, no, no me tires la pelota a mí", se queja el doctor. Porque ya no se trata de una remuneración económica, aseguran, sino de disponer de tiempo, de disminuir la saturación. Las reuniones se sucedieron por igual en el resto de zonas, y según varios de los presentes, todas en los mismos términos.

López Gil hace un análisis similar desde la otra punta de la región. En su caso, los ocho médicos de su centro de salud que tutorizaban a residentes decidieron renunciar en bloque.

Fuentes de la Consejería de Sanidad aseguran que ha aprobado un conjunto de actuaciones que suponen una inversión de 200 millones de euros, de las que 80,8 millones corresponde a incentivos retributivos y creación de más de 1.200 plazas. "Eso no es real, porque faltan, desde hace tiempo, 1.400 y porque 1.250 médicos están a punto de jubilarse. Luego las condiciones son tan malas que los residentes se acaban yendo fuera", recuerda la médico de familia y presidenta del sector de Atención Primaria Amys, María Justicia.

C. DE MADRID: CCOO Y MÁS DE UN CENTENAR DE ORGANIZACIONES CONVOCAN UNA MOVILIZACIÓN ESTATAL EL 27 DE MARZO EN DEFENSA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- **CCOO y más de un centenar de organizaciones encuadradas en el movimiento 'Salvemos la Atención Primaria', convocan una gran movilización estatal el próximo 27 de marzo, que tendrá su exponente máximo en una manifestación en Madrid que contará con la presencia del secretario general de la Confederación Sindical de CCOO, Unai Sordo.**

CCOO, junto a más de un centenar de organizaciones sociales integradas en el movimiento Salvemos la Atención Primaria, unen esfuerzos y trabajo en defensa de la Atención Primaria de Salud y anuncian **una nueva movilización en todo el estado el próximo 27 de marzo** para salvar este pilar básico del sistema público de salud de la actual crisis que atraviesa. Las principales propuestas que estas organizaciones defienden van encaminadas a fortalecer el Sistema Sanitario Público tras más de una década de recortes en su financiación y en su dotación de personal, lo que unido a dos años de pandemia, ha ocasionado la disminución de la accesibilidad, una importante sobrecarga asistencial, el incremento de las listas de espera y una caída del grado de satisfacción de la ciudadanía con su sistema sanitario público, al tiempo que hemos asistido a un desarrollo exponencial de la sanidad privada. Es preciso revertir esta situación y recuperar el papel determinante del Sistema Nacional de Salud como servicio público esencial, y por tanto como instrumento de cohesión social y de corrección de desigualdades, empezando por su eslabón más importante, el que resuelve el 80% de los problemas de salud y constituye la puerta de entrada a todo el sistema, la Atención Primaria.

Para ello es imprescindible:

1. Recuperar lo recortado en los últimos años, **incrementando el presupuesto dedicado a la Atención Primaria hasta el 25% del total del presupuesto sanitario**. En este sentido, habría que tener en cuenta la gran variabilidad entre Comunidades, de manera que no se prime a aquellas que han decidido destinar menos dinero, ni se penalice a quienes destinan más; por ello se precisa que el esfuerzo presupuestario sea distinto en cada Comunidad y se reparta entre el Gobierno central y las Comunidades. Para ello, la necesaria inversión suplementaria debería repartirse entre las Comunidades y el Gobierno, al 50%, en las primeras de manera proporcionalmente inversa al dinero que actualmente dedican y en el Gobierno teniendo en cuenta la población de cada una de las CCAA.
2. En cuanto a los fondos necesarios, las **Comunidades deben de cambiar las prioridades de gasto y/o incrementar la recaudación de recursos propios** (por ejemplo, la desaparición de los impuestos de sucesiones y patrimonio y las rebajas del IRPF). En el caso del **Gobierno central** existen los **1.088 millones de euros presupuestados y no gastados en 2021 para Atención Primaria, y los fondos europeos**, además de la posibilidad de **aprobar una partida** extra para reforzar la Sanidad Pública.
3. Todo ello permitiría incrementar el actual número de profesionales de Atención Primaria, unos **8.000 profesionales de la Medicina y 15.000 profesionales de Enfermería**, que nos acercaría a las medias de los países de nuestro entorno y que serían necesarios para garantizar unos centros de salud abiertos, accesibles, que den prioridad a las **consultas presenciales y próximos a toda la población y sin listas de espera**. Sin olvidar un incremento de al menos **5.000 profesionales administrativos** para las unidades de atención al paciente de los centros de salud y de la necesaria incorporación de nuevos profesionales a los equipos (Fisioterapia, Matronas, Trabajo Social, Salud Mental, Logopedia, Atención Temprana, Farmacología Clínica...), ahora sólo accesibles por derivación externa, y con inauditas demoras.

ANDALUCÍA: PROFESIONALES DE LA SANIDAD PÚBLICA VUELVEN A SALIR A LA CALLE PARA RECLAMAR LA CARRERA PROFESIONAL PARA TODAS LAS CATEGORÍAS DEL SAS

- **Convocados por CSIF, CCOO y UGT, reclaman que la Administración cumpla lo pactado y que más de 60.000 trabajadores y trabajadoras en toda la comunidad dejen de estar discriminados**



Profesionales del Servicio Andaluz de Salud volvieron a salir a la calle el pasado jueves en centros sanitarios de todas las provincias andaluzas para reivindicar el cumplimiento por parte de la Administración del acuerdo suscrito el pasado 29 de julio para que la carrera profesional sea una realidad para todas las categorías del SAS, de forma accesible y equiparándola al resto de comunidades autónomas. Otra de las reivindicaciones de esta movilización ha

sido la promoción de auxiliares administrativos a administrativos. La Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF), primera fuerza sindical multiprofesional del SAS, ha convocado estas movilizaciones, junto a CCOO y UGT, “para que la Junta cumpla con su palabra y el personal del SAS tenga lo que le corresponde por derecho, ya que todos y todas las profesionales, de todas las categorías, son los que hacen posible la sanidad pública andaluza”, según ha manifestado el presidente del Sector de Sanidad de CSIF Andalucía, Victorino Girela.

“Una vez más nos movilizamos para reclamar lo que es de justicia, de manera que más de 60.000 profesionales dejen de estar discriminados y tengan acceso a la carrera profesional en el SAS”, según ha subrayado el dirigente sindical.

En las protestas, que han tenido lugar en esta ocasión en el Centro Periférico de Especialidades Bola Azul de Almería, en el Centro de Salud Menéndez Tolosa de Algeciras (Cádiz), en el Centro Periférico de Especialidades Carlos Castilla del Pino de Córdoba, en el Distrito Granada-Metropolitano, en el Distrito Huelva Costa, en el Centro de Salud Virgen de la Capilla de Jaén, en el Distrito Sanitario Málaga y en el Distrito Sevilla, han participado centenares de profesionales que han lamentado “la falta de interés” de la Administración para atender sus reclamaciones.

Desde el acuerdo del pasado verano “ha habido muchas promesas” para iniciar el procedimiento para la carrera profesional, si bien al final nunca se ha materializado, según ha explicado el presidente de CSIF Sanidad Andalucía. “En Andalucía nuestros profesionales tienen la carrera profesional más complicada de desarrollar de todo el país”, ha apuntado Victorino Girela, quien ha abogado por “un modelo más accesible que les permita poder promocionar en todas las categorías”.

CSIF reclama además que el personal A1 no sanitario, el Cuerpo A4, C1, C2 y E, así como el personal interino, pueda acceder a una carrera profesional “que actualmente se les veta”, además de la promoción profesional de los auxiliares administrativos.

LA JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE ALICANTE TOMA POSESIÓN INCIDIENDO EN LA UNIÓN PROFESIONAL PARA LA DEFENSA DEL MÉDICO Y DE UNA SANIDAD DE CALIDAD

- El presidente, el Dr. Hermann Schwarz, destaca la continuidad del proyecto interno y externo de transformación integral emprendido por el Colegio y la figura fundamental de los profesionales médicos en la asistencia sanitaria
- Anuncia dos nuevos proyectos: la puesta en marcha de la Fundación del Colegio de Médicos y de la Alianza Médica contra el Cambio Climático, recientemente creada por el CGCOM

- **REPORTAJE GRÁFICO, EN PÁGINAS FINALES**



La nueva Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Alicante (COMA) tomó el pasado miércoles posesión oficial del cargo, en un acto celebrado en el Auditorio del Palacio de Congresos del COMA y con la presencia del alcalde de Alicante, Luis Barcala, del presidente del Consejo General de Colegios de Médicos de España (CGCOM), el Dr. Tomás Cobo, de la vicepresidenta 1ª del CGCOM, la Dra. Mª Isabel Moya, y de la directora territorial de Sanidad de la provincia, Encarnación Llinares.

Tras jurar o prometer su cargo cada uno de los miembros de la Junta Directiva, el presidente del Colegio, el Dr. Hermann Schwarz, destacó el carácter de continuidad que confiere a su Presidencia, siguiendo una “**gestión interna eficaz y basada en la transparencia**”, modernizando sus instalaciones y poniendo a disposición de los colegiados servicios de utilidad para su profesión para “convertir el Colegio en la verdadera casa de todos los médicos de la provincia”.

El Dr. Schwarz incidió en el gran impacto que la pandemia ha supuesto para los profesionales, estando siempre el COMA **en primera línea en la defensa de los médicos** ante, por ejemplo, la falta de materiales de protección durante los primeros meses de la pandemia y el trato discriminatorio en la vacunación de los médicos de ejercicio privado, agradeciendo a su vez la oferta de los profesionales jubilados para ayudar de manera desinteresada en esta crisis sanitaria.

Una crisis que ha agravado las solicitudes de jubilación, de profesionales ‘quemados’, de renuncias al programa de formación MIR, y el éxodo de especialistas, “lo que alerta de la sobrecarga que experimenta el sistema sanitario, y a buen seguro repercute en la asistencia y en la relación con nuestros pacientes”, advirtió.

Por ello, reclamó un pacto por la sanidad, resaltó la necesidad de promover leyes de Salud Pública para responder a futuras alarmas sanitarias e incidió en la unidad de acción con el CGCOM y en la colaboración con todos los representantes -en referencia al Foro de la Profesión Médica- “con capacidad para **influir en la mejora de las condiciones de los médicos y de la salud de los ciudadanos**”.

La lucha contra las agresiones a profesionales y contra los movimientos negacionistas y las pseudociencias son otras de las acciones que está impulsando el Colegio, junto con la formación continua de calidad y en temas transversales, y la **instauración de la pre-colegiación** para alumnos de 5º y 6º de Medicina.

Como novedades de esta legislatura, también avanzó la futura puesta en marcha de la **Fundación del COMA**, con la creación de la mayor plataforma de concesión de becas para investigación en Ciencias de la Salud de la provincia, junto con la Fundación Navarro-Tripodi, que es presidida por el Colegio. El segundo proyecto, en el que ya se está trabajando y del que el COMA forma parte, es la **Alianza Médica contra el Cambio Climático**, recientemente presentada por el CGCOM.

Impulso desde los colegios

Por su parte, el presidente del CGCOM, el Dr. Tomás Cobo, destacó durante su intervención que “los Colegios queremos ser útiles en todos los terrenos. Debemos renovar nuestros estatutos, modernizarlos. Debemos ser útiles desde nuestras fundaciones”, haciendo hincapié en que “el Consejo General no puede hacer nada sin el impulso de los colegios. Vosotros sois la clave”.



EL FORO DE LA PROFESIÓN MÉDICA LAMENTA PROFUNDAMENTE QUE UN AÑO DESPUÉS SIGAN SIN ATENDERSE LAS PETICIONES DE LOS FUTUROS ESPECIALISTAS EN SU PROCESO DE ELECCIÓN DE PLAZA

El Foro de la Profesión Médica, en su reunión del pasado miércoles, ha mostrado su enorme preocupación tras tener conocimiento de lo acontecido en la reunión entre los representantes de la Formación Sanitaria Especializada y la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y su equipo.

En este sentido, las organizaciones del Foro lamentan profundamente que un año después se esté en la misma situación que en la convocatoria anterior, cuando las decisiones de Sanidad sobre cómo se desarrollaría la elección de plazas MIR llevaron a una movilización masiva de los profesionales y que, lo que en su momento se defendió como necesario por las circunstancias de la pandemia, se haya quedado instaurado sin posibilidad de cambio o mejora.

La situación resulta más grave aún si se tiene en cuenta que no se están cumpliendo los compromisos firmados por la Dirección General de Ordenación Profesional en junio de 2021. Entre ellos, el perfeccionamiento futuro del sistema de elección de plaza con representantes de la profesión, aproximando el sistema a la elección en tiempo real, o que ahora se desestime la comisión de seguimiento de incidencias diaria que explícitamente recogía el documento, algo que, según palabras de los asistentes a la reunión, en la actual convocatoria “no se contempla por no ser necesario”, o en todo caso, si existiera no sería diaria.

Cabe recordar que corresponde al Ministerio de Sanidad articular todas las medidas necesarias para garantizar que un proceso de semejante importancia como es la elección de especialidad de los profesionales sanitarios cuente con todas las garantías necesarias. Sorprende también que un año después no se ofrezca ninguna mejora en un proceso que tantas críticas ha suscitado desde todos los ámbitos de las profesiones sanitarias.

En la misma línea, el Foro lamenta el inexplicable y prolongado retraso en la interlocución del ministerio con los miembros del Foro Profesional, a pesar de los compromisos adquiridos, desde que se produjeran las últimas reuniones y se solicitara la creación de tres grupos de trabajo para abordar los problemas en lo referente a Recursos Humanos, Atención Primaria y Formación. Formados los grupos, elaborada la documentación necesaria y habiéndose enviado ésta a Sanidad pidiendo reuniones específicas por profesión, se va a cumplir un año sin tener noticias del avance de esta línea de trabajo, por lo que el Foro reclama un cambio de actitud por parte del ministerio y la reactivación de los compromisos adquiridos.

El Foro de la Profesión Médica está conformado por: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos – CGCOM, Federación de Asociaciones Científico Médicas de España - FACME, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos - CESM, Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina - CNDFM y Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina – CEEM).

LOS HOSPITALES PRIVADOS HAN ATENDIDO AL 25% DE LAS PERSONAS CON COVID

DESAYUNOS OKSALUD: LA MEDICINA DE CALIDAD NO HACE DISTINCIÓN ENTRE PÚBLICO Y PRIVADO

- **Representantes de la sanidad privada hacen hincapié en que la colaboración ha sido clave y seguirá siéndolo**

(Belén Diego).- Olga Ginés, presidenta del Grupo Hospitales Católicos de Madrid; Ignacio Martínez, gerente del Hospital Vithas Madrid Arturo Soria; y Carlos Rus, presidente de ASPE (Alianza de la Sanidad Privada Española), han compartido sus reflexiones dos años después del estallido de la pandemia en un encuentro informativo titulado «La colaboración público-privada y el papel de la sanidad privada a lo largo de la pandemia» organizado por OKSALUD.



La **directora de OKSALUD, Beatriz Muñoz** ha dado comienzo a la sesión recordando que el 25% de los afectados por Covid en España han sido atendidos en centros de titularidad privada (más del 15% de los críticos han estado en UCI de hospitales privados).

Olga Ginés aportaba en su primera intervención el dato concreto de Madrid, una región en la cual la proporción de afectados tratados en centros privados ha llegado al 30%, y donde «hemos sido compañeros de viaje» con las autoridades con un mando único que califica de «gran acierto» porque permitió ofrecer un servicio «leal y transparente con seguridad jurídica y el paciente en el centro».

En la gestión de la crisis sanitaria «han existido 17 modelos, tantos como Comunidades Autónomas», ha recordado Carlos Rus. Entre ellos ha destacado como particularmente eficaz el modelo de Madrid, donde se estableció ese mando único que ha facilitado la coordinación y la asistencia. También el de Castilla y León, en el cual todos los casos Covid se concentraban en centros públicos mientras que la atención a las demás enfermedades se derivó a entidades privadas que funcionaron como «circuitos limpios» de SAR-CoV-2.

Ignacio Martínez ha recordado que en los momentos más críticos se han duplicado e incluso triplicado las camas UCI disponibles «un trabajo y un esfuerzo de los profesionales con un valor enorme, sobre todo en las fases iniciales». En todo momento, la colaboración de profesional a profesional, entre los hospitales privados, y entre hospitales privados y públicos ha sido la norma: «Se prestó ayuda por encima de cualquier otra consideración».

Actividad divulgadora y preventiva

Con la sexta ola más controlada, desde los hospitales se recupera «sin bajar la guardia» -advierte Ginés- la actividad preventiva, que los tres participantes en el debate han destacado como fundamental.

Rus ha apuntado que ha habido momentos de la sexta ola que han recordado a la primera por su crudeza, y que sin la vacuna la situación habría sido considerablemente peor. «Necesitamos enviar un mensaje claro: sí es necesaria la tercera vacuna». En la importancia de esa labor de divulgación coincidían sus compañeros de debate.

Ginés se ha referido al perfil de paciente en la sexta ola como «mayor, pluripatológico, con vacuna pero arrastrando efectos del contagio anterior y, en caso de perfiles más jóvenes, muchas veces sin vacunar o con una única dosis». Una situación que resumía así: «La mejor vacuna es la que está puesta, eso es una realidad».

Carlos Rus ha recordado que una semana antes de que se declarara el primer estado de alarma de esta crisis sanitaria hubo contactos con el Ministerio de Sanidad para ponerse a su disposición «para garantizar la asistencia». Con el paso del tiempo, se ha visto que al paciente le importa el ejercicio de la buena medicina, al margen de su titularidad. El matiz es que «no vivimos de los casos derivados de la sanidad pública, pero respondemos a la sociedad cuando es necesario».

El hecho de que la sanidad se emplee como arma arrojadiza en política no debe ocultar el hecho de que la norma es la colaboración y la búsqueda de la calidad en los cuidados para los pacientes.

Martínez daba fe de esa perspectiva subrayando que «la diferenciación entre lo público y lo privado es artificial», independientemente de que el titular privado sea generador de riqueza en un mercado libre, porque la sanidad es un tractor tremendo de la economía, los profesionales tienen la misma dedicación e interés en los centros públicos y en los privados».

Ginés apoya este planteamiento: «La sanidad es una, integrada. Debe dar respuestas rápidas, colaborativas y tecnológicamente avanzadas a las necesidades de la sociedad, y contribuye a la sostenibilidad».

De cara al futuro, Rus considera que hay que seguir cooperando, entre otros motivos porque la sanidad encara retos como los avances terapéuticos «eficaces pero costosos» y la cronificación, que pueden tensionar los servicios. «Se ha pedido un pacto de estado por la Sanidad y es algo muy necesario», apuntaba.

Con esa visión en mente, Martínez apunta que hay que seguir buscando la eficiencia porque «la mala medicina es la más costosa en términos de consumo de recursos y amenaza para la sostenibilidad». Siendo eficientes y trabajando sobre la seguridad clínica, con transparencia, haremos una mayor contribución a la sanidad.

El papel de los profesionales

A lo largo del debate se ha destacado repetidamente el valor de los profesionales. «La gente que piensa que un hospital son fármacos y ladrillos no sabe lo que es un hospital», ha dicho Martínez. Todos los participantes han tenido palabras de elogio para el personal de los hospitales, sanitario y de todos los ámbitos, por su dedicación y vocación para acompañar a los pacientes.

Tanto Ginés como Rus han destacado que la falta de profesionales es un reto clave de cara al futuro. Rus ha defendido la compatibilidad entre el ejercicio de la profesión en centros públicos y privados, «que algunas comunidades dificultan» en aras de una mayor flexibilidad y desterrando la idea de esas dos sanidades separadas.

Con la conciencia de que la pandemia aún no ha acabado y que, en todo caso, no será la última, todos han manifestado su disposición a seguir trabajando por una sanidad más integrada y fuerte de cara al futuro.

Una nueva apuesta por potenciar la colaboración público-privada

EL MINISTERIO DE SANIDAD ACREDITA A HM SAN FRANCISCO Y HM REGLA PARA ACOGER ROTACIONES DE MIR Y EIR

- Esta autorización integra a los dos centros de HM Hospitales en la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria del área de León
- En colaboración con la Gerencia de Atención Primaria de León se decidirán los servicios de los dos hospitales que acogerán las rotaciones de los MIR y EIR



HM San Francisco y HM Regla han recibido la acreditación del Ministerio de Sanidad que les integra en la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria del área de León. Esto supone que a partir de 2023 los dos centros de HM Hospitales en la capital leonesa acogerán rotaciones de los MIR y EIR.

El director médico de HM Hospitales en León, Dr. Jesús Saz, destaca el valor que tiene que el Ministerio de Sanidad certifique “que tanto HM San Francisco como HM Regla cuenten con las instalaciones y los profesionales adecuados para formar a futuros médicos y enfermeras, lo que demuestra que nuestra actividad asistencial responde a unos altos estándares de calidad, lo que viene dado por nuestra dotación tecnológica, pero sobre todo por la experiencia y prestigio de nuestros profesionales médicos y del personal de enfermería”.

A lo largo del presente año se trabajará conjuntamente entre la Gerencia de Atención Primaria de León y HM Hospitales para valorar y decidir los servicios de los dos hospitales que acogerán las rotaciones de los MIR y EIR.

“Nuestra apuesta por conseguir esta acreditación se fundamenta en la filosofía de HM Hospitales de potenciar la colaboración del ámbito sanitario público y el privado, ya que si queremos una sanidad de calidad necesitamos que ambos sistemas sean interoperables para aprovechar todos los recursos”, apunta el director médico de HM Hospitales en León.

En la actualidad, HM San Francisco y HM Regla ya acogen a estudiantes de enfermería y auxiliares, quienes realizan parte de sus prácticas formativas en estos dos centros, a quienes el año que viene se unirán profesionales que estén realizando el MIR y el EIR.

ASISA PARTICIPA EN LA SESIÓN ACADÉMICA "IN MEMORIAM" DE LA ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

- **El Dr. Luis Ortiz Quintana, presidente de la Academia, dedicó la sesión al recuerdo de los académicos José Manuel Pérez Vázquez y Jesús Vaquero Crespo, fallecidos recientemente a causa de la COVID-19.**



La Academia Médico-Quirúrgica Española (AMQE) ha celebrado una sesión académica "In memoriam" de los profesores José Manuel Pérez Vázquez y Jesús Vaquero Crespo. El acto, respaldado por ASISA, estuvo presidido por el doctor Luis Ortiz Quintana, presidente de la Academia y consejero de Lavinia-ASISA, y contó con la presencia del consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero y del presidente de ASISA, el doctor Francisco Ivorra.

La sesión estuvo dedicada al recuerdo de dos académicos de número de la Real Academia Médico-Quirúrgica Española fallecidos a causa de la COVID-19, el doctor José Manuel Pérez Vázquez, una referencia de la oncología y la medicina nuclear en España, jefe del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y profesor de la Universidad Complutense. Y el doctor Jesús Vaquero Crespo, prestigioso neurocirujano, director del Departamento de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid y catedrático de Neurocirugía, con plaza asistencial vinculada al Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.

En su intervención, el Dr. Ortiz dedicó unas palabras de reconocimiento y cariño a los doctores fallecidos, de los que destacó su "calidad humana, su talento, su cercanía, su sentido de la amistad, su compromiso con la profesión médica y por elevar el prestigio de la propia Academia". El presidente de la AMQE y consejero de Lavinia-ASISA hizo extensivo el reconocimiento de la Academia a todo el personal sanitario por su labor y entrega y finalizó su intervención advirtiendo "del peligro de la sobreenformación y los bulos sin contraste científico que han proliferado durante la crisis sanitaria" destacando el papel y la importancia de la AMQE para impulsar la investigación y luchar contra este fenómeno. Por su parte el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, se ha referido a los homenajeados como "figuras referentes, modelos cuyo recuerdo y legado son imponderables. Con su marcha perdió la Sanidad". El consejero agradeció a los académicos su apoyo durante el peor momento de la crisis sanitaria y "por impulsar la investigación, elemento clave para lograr la vacuna, tan necesaria para salir de la crisis".

Nuevos académicos y conferencia magistral

Durante la sesión, que se celebró en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, se entregaron las acreditaciones de académicas de número de la AMQE a la profesora doctora Beatriz Dominguez-Gil González, directora general de la Organización Nacional de Trasplantes y a la profesora doctora Felicidad Rodríguez Sánchez, catedrática de Anatomía Humana de la Universidad de Cádiz.

La conferencia magistral del acto, dedicada a la "Vacunoterapia: desde sus albores a la actualidad" la pronunció el doctor. Emilio Bouza Santiago, catedrático emérito de microbiología de la Universidad Complutense de Madrid. En su exposición, el doctor Bouza recordó todas las pandemias que ha sufrido la humanidad, desde la peste ateniense hasta la COVID-19 y analizó el desarrollo de las vacunas a lo largo de la historia.

MUNICH RE SUPERA EL OBJETIVO DE BENEFICIOS

- Munich Re genera un beneficio de 2.900 M€ en 2021
- Se espera que el beneficio consolidado del grupo aumente aún más hasta los 3.300 millones de euros en 2022
- Sujeto a la aprobación del Consejo de Vigilancia y la Asamblea General Anual, el dividendo se incrementará a 11€ por acción
- Recompra de nuevas acciones: Munich Re planea recomprar acciones propias en un total volumen de 1.000 millones de euros por la Junta General Anual en 2023
- Las renovaciones de enero muestran crecimiento de primas (+14,5%) y aumento de precios (+0,7%)

[INFORME ÍNTEGRO, EN DOSIER ESPECIAL](#)



“The year 2021 was good for Munich Re. We beat our profit target, while also making our balance sheet even stronger despite high inflation. Both an increased dividend and a new share buy-back will enable our shareholders to share in this success. Our Ambition 2025 strategy programme got off to a very good start and is picking up speed. Propelled by this momentum, we will resolutely tap into the favourable market environment as we increase our profit to €3.3bn in 2022.”

Joachim Wenning, Chair of the Board of Management

Summary of the figures for the 2021 financial year Munich Re posted a profit of €2,932m (1,211m) in the 2021 financial year, thus exceeding its profit target of €2.8bn. The Group's profit in Q4 2021 amounted to €871m (212m). Gross premiums written in 2021 increased by 8.5% year on year to €59,567m (54,890m), which is the highest figure in the history of Munich Re.

After the first year of its Ambition 2025 strategy programme, Munich Re is on track to meet the financial targets for 2025 as specified in the programme. In the 2021 financial year, the return on equity (RoE) amounted to 12.6% [target: RoE of 12%–14% by 2025]. Earnings per share in 2021 – when compared with the normalised result from the previous year – rose by 4.7% [target: earnings per share increase by an average of ≥5% per year by 2025]. If the Annual General Meeting and the Supervisory Board implement the proposal of the Board of Management to pay shareholders a dividend of €11 per share for the 2021 financial year, this would constitute an increase of 12.2% [target: increase of the dividend per share by an average of ≥5% by 2025]. The solvency ratio – less the proposed dividend, as usual – stood at around 227% at the end of the year (31 December 2020: 208%). If the share buy-back – which has not been factored into the solvency ratio – is taken into account, the ratio is at target level [target: solvency ratio within the optimal range of 175-220%].

The operating result in the 2021 financial year rose considerably to €3,517m compared with 2020 (€1,986m), while the other non-operating result amounted to –€91m (–83m). The currency result totalled €262m (–200m), and the effective tax rate was 15.9% (18.2%). Equity was higher at the reporting date (€30,945m) than at the start of the year (€29,994m).

Reinsurance: Result of €2,328m

The reinsurance field of business contributed €2,328m (694m) to the consolidated result in the 2021 financial year, of which €734m (75m) in Q4. The reinsurance field of business thus met its profit target of €2.3bn – despite numerous natural catastrophes and substantial losses attributable to COVID-19 in life and health reinsurance. The good, resilient result in reinsurance is proof that the underlying profitability of Munich Re's operative business has improved further. The operating result totalled €2,696m (984m). Gross premiums written rose to €41,354m (37,321m), with the sizeable increase resulting from the growth strategy in an improved market environment. Life and health reinsurance business generated a profit of €325m (123m) in 2021. Premium income amounted to €12,561m (12,707m). The technical result, including the result from business with non-significant risk transfer (fee income), was €218m (97m). Especially the fee income performed very favourably. The segment was impacted by a higher mortality attributable to COVID-19, with claims totalling €785m in 2021.

Property-casualty reinsurance contributed €2,003m (571m) to the 2021 result. Premium volume grew considerably to €28,793m (24,615m). Due to high natural catastrophe losses, the combined ratio amounted to 99.6% (105.6%) of net earned premiums; this was slightly better than the updated target value of 100% communicated in the Q3 Media Release. The normalised combined ratio was 95.2%.

Major losses of over €10m each totalled €4,304m (4,689m) for the full year, and €1,006m (1,191m) for Q4. These figures include run-off profits and losses for major claims from previous years. Major-loss expenditure corresponds to 16.5% (20.8%) of net earned premiums, and was thus above the expected value of 12%. Costs for man-made major losses amounted to €1,165m (3,784m). This drop was partially attributable to significantly lower COVID-19-related losses in property-casualty reinsurance, which decreased to €212m in 2021. By contrast, major-loss expenditure from natural catastrophes rose substantially year on year to €3,139m (906m). The costliest natural disaster for Munich Re in 2021 was Hurricane Ida, at about €1.2bn. The flash flooding caused by Storm Bernd resulted in losses of around €0.5bn. In the 2021 financial year, reserves of €1,041m were released for basic losses from prior years; this figure corresponds to 4.0% of net earned premiums. Munich Re continually seeks to set the amount of provisions for newly emerging claims at the very top end of the estimation range so that profits from the release of a portion of these reserves are possible at a later stage. In the reinsurance renewals as at 1 January 2022, Munich Re was able to increase written business volume to €14.8bn (+14.5%). The pronounced growth was accompanied by an optimisation of the portfolio's risk profile. Around half of property-casualty business was renewed, with a focus on Europe, the USA (mainly excluding hurricane cover) and global business.

Prices, terms and conditions improved overall. To varying degrees, prices showed an upward trend worldwide. All in all, prices for the Munich Re portfolio increased by 0.7%. This figure is, as always, risk-adjusted. In other words, price increases are offset if they are associated with increased risk and, consequently, elevated loss expectations. Particularly in light of higher inflation, Munich Re was deliberately cautious in determining future loss expectations. Despite increasing market pressure, Munich Re expects the market environment to remain positive and to present attractive growth opportunities in the upcoming April and July renewal rounds.

ERGO: Result of €605m

Munich Re generated a profit of €605m (517m) in its ERGO field of business in 2021, of which €137m (136m) was in Q4. ERGO thus appreciably surpassed its profit target of €500m in 2021, while also achieving the annual target communicated as part of the ERGO Strategy Programme — despite burdens from major losses. At the same time, ERGO managed to grow substantially.

Premium income climbed in all three segments, with the Property-casualty Germany segment managing to post exceptional premium growth that outperformed the market. Overall premium income across all lines rose substantially to €19,166m (18,448m); gross premiums written increased to €18,213m (17,569m). The ERGO Property-casualty Germany segment reported a profit of €234m (157m) – buoyed by a very good technical result and a higher investment result, major losses notwithstanding. ERGO International generated a result of €207m (230m). The technical result improved here as well, the year-on-year profit decrease being attributable to a positive, one-off effect in 2020. ERGO Life and Health Germany reported a result of €164m (130m). A lower investment result in this segment was more than offset by an improved currency result and a good technical result, which was driven by improvements in health and very good claims experience in travel insurance. It was possible in this context to build up investment reserves in equities. ERGO's operating result totalled €822m (1,002m), which was particularly impacted by a lower investment result.

In the Property-casualty Germany segment, the combined ratio was 92.4% (92.4%) – thus meeting the 2021 target level [target: 92%] despite the major losses caused by Storm Bernd. ERGO International's combined ratio was likewise at a very good level, at 92.9% (92.7%) [target: 93%], major losses in Austria and the Baltic states notwithstanding. Investments: Investment result of €7,156m Munich Re's investment result decreased to €7,156m (7,398m) in 2021. Overall, this investment result represents a return of 2.8% on the average market value of the portfolio. This means that Munich Re met its return target of >2.5% despite persistently low interest rates. The running yield was 2.4% and the yield on reinvestment was 1.5%. The equity-backing ratio, including equity-based derivatives, rose to 7.7% as at 31 December 2021 (31 December 2020: 6.0%).

Regular income from investments decreased to €6,017m (6,273m), primarily due to lower interest income. The balance from write-ups and write-downs was considerably better year on year, at –€505m (–1,957m); COVID-19 losses in 2020 had made it necessary to recognise high impairment losses on equities. The balance of gains and losses on disposals excluding derivatives decreased to €3,182m (3,698m). The net balance of derivatives amounted to –€774m (74m), with the losses arising from equity and interest-rate derivatives held for hedging purposes. The investment portfolio increased compared with the 2020 year-end figure, with the carrying amount moving up to €240,300m (232,950m); the market values amounted to €257,485m (252,789m).

Outlook for 2022: Group profit guidance of €3.3bn

Munich Re is aiming for a profit in 2022 of €3.3bn, which factors in COVID-19 losses (before tax) of approximately €300m in the life and health reinsurance segment. Conversely, Munich Re does not anticipate any significant expenditure for COVID-19 claims at ERGO or in property-casualty reinsurance.

Group premium income is expected to set a new record of approx. €61bn in 2022, and return on investment to be above 2.5% despite persistently low interest rates. In its reinsurance field of business, Munich Re anticipates premium income of about €42.5bn and a profit of around €2.7bn in 2022. The combined ratio in property-casualty reinsurance should be about 94%. Munich Re projects a technical result, including business with non-significant risk transfer, of about €400m in life and health reinsurance.

The ERGO field of business will contribute approx. €0.6bn to the consolidated result. A combined ratio of 91% is expected in the ERGO Property-casualty Germany segment, and 92% in the ERGO International segment. Premium income should amount to approx. €18.5bn in 2022. All forecasts and targets face considerable uncertainty owing to fragile macroeconomic developments, volatile capital markets and the unclear future of the pandemic. As always, the projections are subject to major losses being within normal bounds, and to the income statement not being impacted by severe fluctuations in the currency or capital markets, significant changes in the tax environment, or other one-off effects.

EL GRUPO RIBERA PONE EN MARCHA EL PRIMER ANILLO RADIOLÓGICO SÚPERESPECIALIZADO POR ÓRGANO SISTEMA DE ESPAÑA

- **Organiza tecnología, recursos humanos y metodología para que radiólogos subespecializados informen imágenes de abdomen, neurológicos, de tórax, músculoesquelético, mama y otorrinolaringología**
- **Realizan informes radiológicos superespecializados, segundas opiniones, ecografías y biopsias in situ en los hospitales del grupo sanitario, así como en otros centros sanitarios, sin esperas**



El grupo sanitario Ribera ha puesto en marcha el primer anillo radiológico súperespecializado por órgano sistema de España, para realizar informes y segundas opiniones, firmados por algunos de los mejores profesionales en Radiología del abdomen, neurológica, de tórax, músculoesquelético, mama y otorrinolaringología. Sin demoras ni listas de espera, porque el informe de los estudios se realiza en remoto.

La constitución de este anillo radiológico ha permitido coordinar la tecnología con los recursos humanos y aplicar la metodología de todos los hospitales del grupo Ribera, para que profesionales hiperespecializados no sólo informen estudios sino también realicen ecografías y biopsias in situ cuando sea necesario. El equipo está coordinado por el doctor Gonzalo Tardáguila, radiólogo experto en enfermedades del abdomen del hospital Ribera Povisa, y cuenta con la colaboración de la doctora Julia Camps, que a su vez es jefa corporativa del Área de la Mama. El coordinador técnico es Enrique López.

El doctor Tardáguila ha asegurado que “con este anillo radiológico, el grupo sanitario Ribera amplía la cobertura que realizan nuestros radiólogos especialistas en cada órgano-sistema pero, sobre todo, mejora la excelencia y calidad del servicio que ofrecemos a nuestros pacientes, que tienen la garantía de que sus pruebas diagnósticas radiológicas son informadas por los mejores en cada subespecialidad”. “Habrà, por ejemplo, superespecialistas de corazón que solo informarán estudios cardiacos, expertos en abdomen que se ocuparán de las enfermedades digestivas y así en todas las áreas, Neurorología, Mama, Pulmón, Músculo esquelético, etcétera, que se conoce en el ámbito radiológico como órgano-sistema”, añade el coordinador del Anillo radiológico del grupo Ribera.

Además, explica, este Anillo radiológico “va a significar un gran avance en la organización radiológica, porque va a posibilitar que cualquier hospital, independientemente de su tamaño o dotación de personal, podrá contar con informes de máxima calidad emitidos por los más destacados expertos en el área objeto del estudio”.

La doctora Camps, por su parte, ha destacado la rapidez en los informes, la mejora de la coordinación intercentros y el amplio abanico de posibilidades que esta organización ofrece a la hora de recoger y analizar más datos para estudios multicéntricos. “Es un gran paso para el grupo sanitario Ribera”, ha asegurado.

EL HOSPITAL QUIRÓNSALUD MARBELLA, PROVEEDOR OFICIAL DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA ELIMINATORIA DAVIS CUP QUALIFIER ESPAÑA VS RUMANÍA

- **El centro sanitario marbellí velará por la salud de los tenistas participantes, miembros de la organización y del público asistente a los partidos**



El tenis de alto nivel vuelve a Marbella con motivo de la celebración de la eliminatoria Davis Cup Qualifier by Rakuten que enfrentará a España ante Rumanía los días 4 y 5 de marzo. De nuevo, la organización de esta cita deportiva deposita su confianza en el Hospital Quirónsalud Marbella, perteneciente al grupo Quirónsalud, que ha sido nombrado Proveedor Oficial de los Servicios Médicos de la eliminatoria.

El hospital marbellí se convierte así en centro de atención de referencia ante cualquier asistencia sanitaria que puedan precisar los tenistas participantes, los miembros de la organización o el público asistente a los partidos que se van a desarrollar en la pista central Manolo Santana del Club de Tenis Puente Romano.

Además de la prestación de servicios médicos, el Hospital Quirónsalud Marbella contará con stand específico en el que los aficionados que se acerquen al torneo podrán conocer las últimas novedades que se integran en la oferta médica del grupo Quirónsalud. Asimismo, está previsto el desarrollo de acciones de dinamización y la convocatoria de un sorteo especial organizado a propósito de este evento deportivo.

Unidad Multidisciplinar de Lesiones Deportivas

La agenda deportiva de la ciudad mantiene un sólido vínculo con el Hospital Quirónsalud Marbella. En la última década el centro marbellí ha ofrecido sus servicios a torneos de tenis de referencia como la eliminatoria Copa Davis by BNP Paribas 2018, el campeonato de leyendas Senior Masters Cup o el ATP Casino Admiral Trophy. Esta alianza no es casual ya que el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología es referente en la Costa del Sol por integrar en su equipo a especialistas formados en el diagnóstico, tratamiento y asesoramiento de deportistas profesionales de alto rendimiento.

En este sentido, acaba de incorporar a su cartera de servicios la nueva Unidad Multidisciplinar de Lesiones Deportivas en la que se ha establecido un circuito de atención personalizada a pacientes afectados de lesiones derivadas de la práctica de actividad física pero también ofrece respuesta a aquellos interesados en mejorar o iniciarse en la práctica de alguna disciplina. Además, del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, esta plataforma multidisciplinar está compuesta por expertos de otras unidades como es el caso del Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia así como Nutrición.

6 DE CADA 100 LACTANTES SUFREN DACRIOESTENOSIS, UN TRASTORNO OFTÁLMICO LEVE

- **La mayoría de los casos se resuelve de manera espontánea o con tratamiento médico conservador.**

Desde el servicio de Pediatría del Hospital Quirónsalud Huelva explican en profundidad de qué se trata la dacriostenosis, un trastorno oftálmico leve que es motivo de consulta recurrente a los especialistas.

Según la doctora Teresa Domínguez Coronel 'se trata de una patología muy frecuente, que se da en hasta 6 de cada 100 lactantes y es la causa principal de epifora en estos'.

La dacriostenosis se trata de la obstrucción del conducto nasolagrimal, encargado de drenar las lágrimas desde el ojo a la nariz. Cuando esto ocurre, aparece el lagrimeo continuo, secreciones lagrimales, conjuntivitis y dermatitis, como principales síntomas.

'En niños la dacriostenosis es congénita' afirma la doctora Domínguez, es decir, se da desde el nacimiento debido a diversas malformaciones en el conducto lagrimal como una ausencia de los puntos lagrimales o de los canaliculos.

Explica la especialista que el diagnóstico es clínico, lo que significa que, ante algunos de los síntomas antes descritos, el pediatra hará una exploración clínica y podrá diagnosticar la dacriostenosis sin necesidad de pruebas complementarias. En algunos casos en los que la evolución no sea la adecuada, la confirmación del diagnóstico se obtendrá tras la realización de técnicas de confirmación.

'Este trastorno suele ser motivo de consulta, pero es importante aclarar y tranquilizar a los padres ya que la mayoría de las veces se resuelve de forma espontánea o con tratamiento médico conservador que consiste en el masaje del saco lagrimal'. Esta técnica la deben realizar los propios padres en casa y consiste en colocar el dedo por encima del canto interno del ojo y hacer un masaje hacia abajo, entre 5-10 repeticiones de 3-4 veces al día, 'extremando la higiene del ojo y las pestañas' incide la pediatra.

Si se prolonga la obstrucción más allá del año o el niño presenta conjuntivitis de repetición antes, podrá hacerse un sondaje del conducto para resolver el problema.

Por último, aclara la doctora Domínguez 'el pediatra derivará al oftalmólogo en caso de que el niño no evolucione correctamente con el tratamiento médico conservador o en caso de complicaciones asociadas'.



ABIERTA LA MATRÍCULA PARA EL PRIMER MÁSTER EN GESTIÓN INTEGRAL DE ENSAYOS CLÍNICOS DE LA FUNDACIÓN VITHAS

- El título ofrece una formación 360 grados, profundizando tanto en la monitorización, como en todas las posiciones destacadas en la gestión de ensayos clínicos
- Se impartirá de forma conjunta con la Universidad Francisco de Vitoria
- En 2020 se han autorizado un total de 1.019 ensayos, cifra que convierte a España en referente europeo y mundial de la investigación clínica

La Fundación Vithas ha abierto el plazo de matriculación para el primer Máster en Gestión Integral de Ensayos Clínicos que se impartirá de manera conjunta con la Universidad Francisco de Vitoria. El título, que cuenta con 60 créditos ECTS, se inicia el próximo mes de octubre de modo presencial y online.



En sus sesiones, los alumnos podrán profundizar en aspectos como el marco regulatorio, el diseño y gestión de ensayos y estudios de investigación, a través de promotores y CROs y en el ámbito hospitalario; así como la importancia de la farmacovigilancia, o las cuestiones éticas y antropológicas.

“La complejidad de la gestión de los ensayos hace que la formación obtenida durante el grado no sea suficiente para desempeñar la mayoría de los puestos de trabajo ofertados en este campo”, afirma el Dr. David Baulenas, director corporativo Asistencial, de Calidad e Investigación de Vithas y vicepresidente de la Fundación.

Además, añade, “con este máster contribuimos a la excelencia de los ensayos clínicos que se desarrollan en España ya que el programa docente se basa en una formación diseñada e impartida por los profesionales que trabajan a diario en el campo de la investigación clínica”.

“La mayoría de la oferta de títulos de posgrado en ensayos clínicos está centrada en la formación de posiciones muy concretas como la monitorización.”

“En este máster damos una formación de 360 grados enseñando al alumno, no solamente la función de los puestos de monitorización, sino todas las posiciones destacadas en la gestión de ensayos clínicos desde las empresas farmacéuticas, hasta la ejecución de estos en el ambiente hospitalario; pasando por las empresas de investigación por contrato (CROs), que aglutinan la mayor oferta laboral en el campo”, asegura el Dr. Ángel Ayuso, director gerente de la Fundación Vithas y director del título.

Industria en auge

España se ha convertido en los últimos años en uno de los países de Europa con mejores condiciones para la investigación clínica, alcanzando en 2020 la cifra récord de 1.019 ensayos clínicos, según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Además, se ha situado como el cuarto país del mundo en ensayos clínicos contra el coronavirus, con más de 170 estudios potenciales y unos 28.000 pacientes reclutados.

Estos datos se traducen en una demanda creciente de profesionales con alta cualificación en el manejo de ensayos clínicos, tanto en el ambiente hospitalario como, sobre todo, en biotecnológicas, farmacéuticas o compañías de investigación por contrato (CROs).

Compromiso con la investigación

La Fundación Vithas tiene entre sus objetivos promocionar y estimular, entre los más de 10.000 profesionales de la salud de Vithas, iniciativas de investigación, docencia de posgrado y acción social.

A nivel de investigación, en el último año se han gestionado un total 68 ensayos clínicos, concentrados en su mayoría en las áreas de neurología, oncología, pediatría y ginecología.

Otras especialidades como neumología, traumatología, oncología radioterápica, neurofisiología o medicina intensivista también han llevado a cabo proyectos de diversa índole.

Las personas interesadas pueden obtener más información y formalizar la matrícula en el siguiente enlace: www.mastergestionensayosclinicos.com

SAVIA CELEBRA SU TERCER ANIVERSARIO CON 75.000 CLIENTES Y MÁS DE 380.000 USUARIOS REGISTRADOS

- La app de telemedicina de MAPFRE ha registrado más de 380.000 usuarios, logrando un crecimiento del 46% respecto al año anterior
- Con motivo de su aniversario, Savia ofrecerá un 50% de descuento en su plan anual, además de otras ofertas en sus productos



Savia, la plataforma de servicios de salud digital de MAPFRE, celebra su tercer aniversario con más de 380.000 usuarios registrados, lo que supone un crecimiento del 46% respecto al año anterior. La compañía ofrece un amplio catálogo de servicios, con más de 20.000 productos, y cuenta con cerca de 30.000 profesionales en su cuadro médico, que permiten acceder a más de 56 especialidades clínicas.

Más del 90% de los usuarios de Savia declaran que volverían a utilizar el servicio. Un óptimo resultado que se suma al incremento del casi 200% en servicios prestados con respecto a 2020.

Durante estos tres años, los servicios más demandados en la app han sido la videoconsulta, que ha experimentado un incremento del +22% respecto al año anterior, el chat médico y el evaluador de síntomas, destacando el uso de Medicina General y las especialidades de Ginecología, Nutrición, Pediatría y Psicología.

Con motivo de este tercer aniversario, Savia ha lanzado una serie de ofertas para los nuevos usuarios: un 50% de descuento en su plan anual, así como el 15% de descuento en sus servicios de videoconsulta psicológica y en el de analítica completa.

“Durante estos años hemos innovado de forma continua, escuchando a nuestros usuarios e introduciendo nuevos servicios para mejorar nuestra oferta y permitirles un mejor cuidado de su salud, de una forma ágil y a la medida de sus necesidades”, afirma Pedro Díaz Yuste, CEO de Savia.

“Nuestro objetivo es continuar en esta misma línea, acompañando a nuestros usuarios y facilitando que sean ellos quienes tomen realmente el control de su salud.”

En 2021, la compañía lanzó nuevos servicios, como la videoconsulta psicológica, posibilitando el tratamiento continuado por el mismo profesional, como las recetas electrónicas o la interpretación médica de las analíticas a través de la APP.

Otra de las novedades de Savia durante el pasado año ha sido la posibilidad de descargar informes médicos, servicio que ha alcanzado las más de 15.000 descargas desde su lanzamiento.

Por otro lado, y por primera vez, en 2021 Savia se adentró en la comercialización de seguros presentando una póliza de indemnización por hospitalización, que incluye además todos los servicios de consulta médica online, tanto de medicina general, como de especialidades.

Apuesta por el servicio a empresas

Dentro de su propuesta de valor, Savia también incluye en su oferta de servicios una solución de salud digital para empresas, que tiene como objetivo dar servicio en lo que más preocupa a las compañías: la salud de sus empleados.

En este sentido, la plataforma de MAPFRE aporta servicios de salud, nutrición, telemedicina, prevención y servicios de protección, y se posiciona como una plataforma que ofrece un servicio transversal de la salud emocional gracias al producto de videoconsulta psicológica.

Teniendo en cuenta que desde abril de 2021 existe un Criterio Técnico del Ministerio de Trabajo sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en riesgos psicosociales, Savia puede ser la solución para dar respuesta a la necesidad de muchas compañías de ofrecer herramientas y recursos enfocados a garantizar el bienestar emocional en el entorno laboral.

Dentro de los servicios que cuenta Savia para empresas destacan los siguientes: chat médico, entrenador personal, receta electrónica, Wellbeing, reconocimientos médicos y fisioterapia en el trabajo.

De forma más concreta, el servicio de Wellbeing permite a las empresas cuidar de la salud emocional, nutricional y física de sus empleados. Así, el trabajador puede gestionar los tiempos de acuerdo con su disponibilidad.

Por otro lado, la plataforma de telemedicina de MAPFRE también ha puesto el foco en los profesionales médicos lanzando una serie de servicios dirigidos a los sanitarios, con el fin de facilitarles todo el proceso de digitalización. Savia se enmarca en la apuesta de MAPFRE por la innovación y la digitalización, y se dirige a las más de 30 millones de personas que no cuentan con un seguro privado de salud en España.

SOFÍA, LA NÚMERO 1 DEL MIR "GAMER" Y "PRODIGIO DEL PIANO": SÓLO TUVO 18 ERRORES EN 182 RESPUESTAS

(Carlos Lara).- Desde hace una semana, todos los días iban a ser el gran día: “Mañana seguro que salen las listas”, decían. Pero nada. Los resultados de los exámenes MIR 2022 que dan acceso a las especialidades médicas y que publica el Ministerio de Sanidad se hacían de rogar. Por eso, cuando Sofía Mercedes Haselgruber se despertó la mañana del 22 de febrero no



imaginaba que su whatsapp estaría echando humo al ser la número 1 del MIR -el año pasado fue el manchego Daniel y el anterior, el madrileño también de nombre Daniel-. “Además, coincidió que justo ese día me quedé dormida hasta muy tarde y, cuando me levanté, tenía un montón de amigos diciéndome que había quedado la número 1”, recuerda en EL ESPAÑOL. Con la persona racional que uno espera en alguien que estudia esta carrera y que Sofía sin duda es, lo primero que hizo, sin creérselo del todo, fue ir a comprobarlo. Sus amigos podían haberse equivocado, pero el pdf de casi 300 páginas del Ministerio de Sanidad no mentía: había sido la primera.

Sofía se muestra encantadora; parece el tipo de médico que uno desearía que le atendiese. Pero también se muestra sobrepasada: “Llevo todo el día recibiendo llamadas de cientos de infinidad de medios de comunicación”, explica. Una nueva situación que le ha llegado de la noche a la mañana y para la que, desde luego, no se prepara en la carrera. Claro: a menudo, los médicos son héroes anónimos. No obstante, Sofía sabía que estaría entre los primeros puestos desde el momento en que acabó el examen: “Las academias me dejaron meter la plantilla y, al principio, me estimaron un puesto 18. Conforme más gente la iba metiendo, más fiable era, y llegó un punto en que me pronosticaban ya el 5, el 2... Viví un mes en la incertidumbre”.

Este año se presentaron al MIR 13.059 aspirantes, casi 1.400 menos que el curso pasado. Sin embargo, la nota de Sofía superó a la de Daniel, a quien releva como número 1: en el examen ha cosechado un resultado de 182 respuestas correctas por tan solo 18 errores, obteniendo una nota de 98,6354. La puntuación final, a la que se une el porcentaje correspondiente por su expediente durante la carrera, ha sido de 103,2911.

Primera desde 2013

Hacia nueve años que una mujer no lograba ser la primera en el MIR: fue Verónica Rial en 2013. Menos había llovido desde que un gallego ocupara la privilegiada posición: en 2019, el pontevedrés Manuel Busto también quedó el primero de España.

“El objetivo de alguien que prepara el MIR es conseguir un número que te permita especializarte en lo que quieres”, dice Sofía. Ella lo tiene claro: va a ser dermatóloga.

Y es que, si bien le gustan todas las especialidades clínicas, ha observado que la situación actual de los médicos españoles no es la que desea para ella: “A partir de los 40 años acaban muy quemados a consecuencia de las guardias. Dermatología no tiene guardias y eso te mejora mucho la calidad de vida”, argumenta.

Ahora, la duda está en si abandonar la Galicia de sus amores o quedarse allí. Aunque ella nació en Suiza (de allí es su padre), se crió en Lalín desde los tres años, un municipio pontevedrés a tan solo una hora de Santiago de Compostela, donde estudió la carrera.

La preparación del MIR también la hizo desde casa, pues valora mucho el apoyo familiar: “Estudiaba unas ocho horas al día, después tenía tres horas más de repaso y, para acabar, una hora y media donde hacía un simulacro de examen...”. En total, Sofía dedicaba unas 12 horas cada día y no tener que preocuparse de cuestiones como la comida lo agradecía mucho.

En medio de toda esta vorágine mediática y de tener que atender a tantas llamadas, Sofía intenta seguir haciendo vida normal. Ahora tiene más tiempo para el piano, una de sus pasiones (medios locales la tildaban a los 11 años como “una joven prodigio del teclado”) a la que no pudo dedicar todo el tiempo que le habría gustado durante la carrera. También saca un rato, como lleva haciendo cada día desde hace años, a los videojuegos online, su gran afición.

La pregunta imposible

Hubo una pregunta entre quienes hicieron el examen MIR este año que fue la comidilla: nadie sabía la respuesta ni recordaba haber oído hablar del dichoso timocito.

El timocito es “una célula predecesora del linfocito T”, explica Manuel, que hizo el MIR el curso pasado. Es algo que se estudia de paso en segundo de carrera y que, en su opinión, “habría sido una pregunta difícil ya en el examen de segundo, por lo que si te lo preguntan en el MIR es de locos”.

Sin embargo, Sofía es excepcional en todos los sentidos y no solo ha quedado la número 1, sino que también conocía la respuesta a esa pregunta. Algo así como cuando Enrique Chicote ganó 50 millones de pesetas en ¿Quién quiere ser millonario? por saber que la copra se obtiene del coco.

“Mi profesora de inmunología lo explicó en segundo curso. Me acuerdo porque en clase lo explicó con una broma, diciendo que sin aire no podemos sobrevivir, y por esa tontería del gen del aire sabía la respuesta a la famosa pregunta de los timocitos...”, recuerda Sofía. Ella lo cuenta como si fuese una anécdota, y lo es, pero es el tipo de anécdota por la que destacan las personas sobresalientes.

Opiodes, la epidemia a sortear

● Sanidad alertó en septiembre de un aumento en el consumo de opiáceos: hasta un 51% entre 2013 a 2019, las dosis pasaron de 3,57 a 5,42 por cada 1.000 habitantes y día ● El fentanilo es el principio activo más frecuente

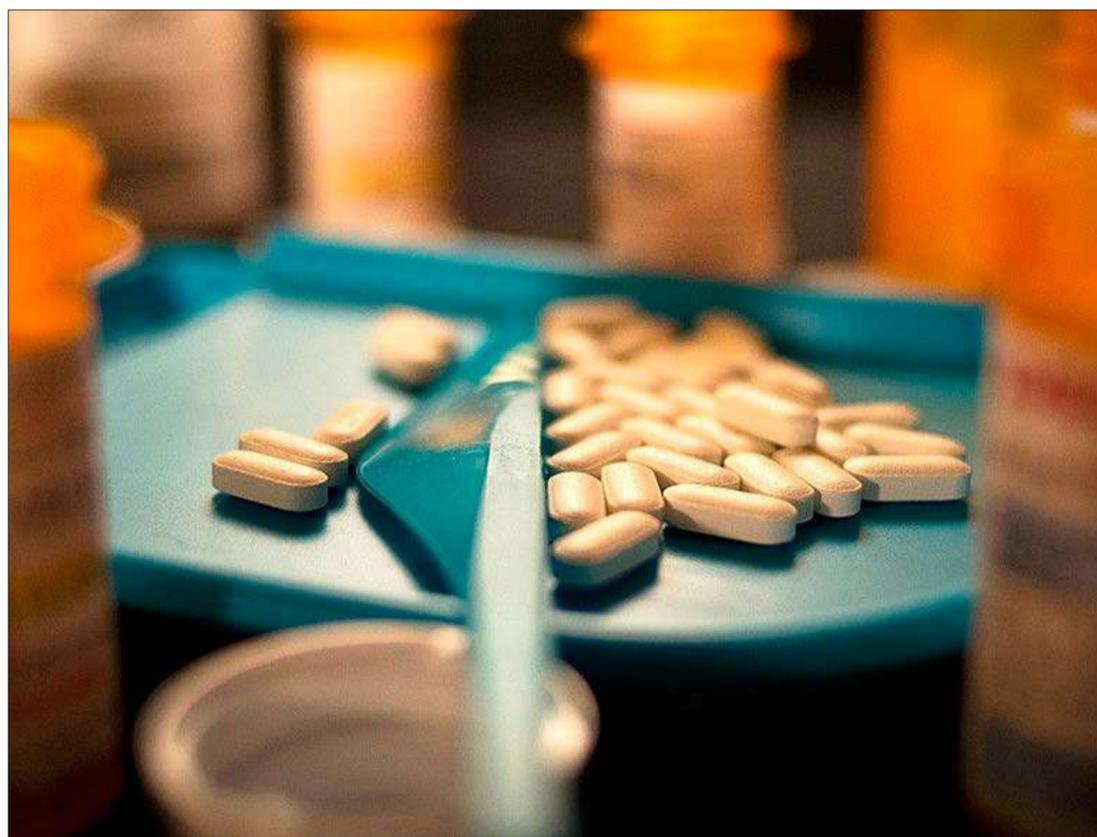
CARMEN TORRENTE MADRID
España no es EEUU, ni por modelo de farmacia ni por sistema sanitario, pero las consecuencias de la epidemia de opiodes al otro lado del Atlántico hacen que nos planteemos tomar medidas preventivas. Sanidad publicó el pasado 22 de septiembre un plan para optimizar su uso en dolor crónico no oncológico.

Al otro lado del océano, aproximadamente entre el 21% y el 29% de los pacientes que toma opiodes bajo prescripción médica para tratar el dolor crónico los usan de forma inapropiada. En 2020, en concreto, 2,7 millones de estadounidenses de 12 años en adelante sufrieron trastornos por uso de opiodes, de los que 2,3 millones los tenían recetados. Aquí, el 15,2% de la población de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opiodes con o

para el dolor que no se calma con otros medicamentos y por otras razones. Las causas son similares en la población menor de 65 años.

En nuestro país la prescripción y dispensación de estupefacientes tiene una regulación muy estricta (Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre). Tanto es así que cada mes de enero las farmacias y servicios de farmacias deben notificar los movimientos anuales a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) a través de una aplicación, Labofar, disponible desde 2015. Aparte, hay tres comunidades autónomas (Cataluña, Aragón y Baleares), junto a la ciudad autónoma de Melilla, que tienen sus propios sistemas para la declaración anual de estupefacientes, acordados con las consejerías de Sanidad.

Pese a este control, el Ministerio ha alertado de un aumento en el consumo de analgésicos opiodes de forma general de 2013 a 2019. Tanto es así que la dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes y día (DHD) ha pasado de 3,57 a 5,42. Las autonomías con mayor utilización de analgésicos opiodes son Galicia, Comunidad Valenciana y Cantabria, probablemente, según expertos consultados, por concentrarse población mayor con patologías crónicas. El fentanilo es el principio activo de mayor consumo, ya que supone el 50% en el uso de todos los opiodes. Así lo refleja el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opiodes en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 22 de septiembre de 2021.



Los opiodes de la prescripción se depositan en la bandeja antes de ser colocados en el frasco. DARWIN BRANDIS/SHUTTERSTOCK

Juana Sánchez Jiménez, responsable del Grupo de trabajo de Dolor de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y directora del centro de salud de Daroca, en Madrid, participó como consultora en el grupo de trabajo del Ministerio. ¿Podríamos llegar al extremo de EEUU? «Yo creo que no, porque somos países muy distintos respecto a la legislación y al sistema sanitario que tenemos, si es que seguimos conservando nuestro siste-

ma sanitario a la larga, que es muy garantista. Es decir, la atención primaria en España es fuerte y, además, obliga a que, cuando prescribes un opiode, cada tres meses hay que revisar esa medicación».

Por su parte, María Edelmira Córcoles Ferrandiz, coordinadora del Grupo de Dolor de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (Sefac) señala que «el dolor debe ser tratado, porque necesitamos una mejor calidad de vida o

capacidad funcional, ya que el dolor no desaparece. Cada médico es el que prescribe y nosotros tenemos que dar una buena dispensación».

Además, Córcoles explica la detección de un alza del tapentadol, por ejemplo, en personas mayores con artrosis, y plantea este interrogante: «Ha subido, bien, pero ¿la sociedad es igual ahora que hace 10 años? Se viven más años y antes tenías que sufrir, porque el dolor era dolor».



sin receta en alguna ocasión, porcentaje que se eleva al 22,8% en personas mayores de 64 años, según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas de 2019/20. En la población de 65 años o más, el dolor agudo es el principal motivo de consumo de analgésicos opiodes, referido por el 50% de las personas encuestadas. Los siguientes motivos son el tratamiento postoperatorio (33,4%) y el dolor crónico (33,0%). Con menor frecuencia refieren tomar analgésicos opiodes

Cuatro CCAA bajan ya del umbral de 500 casos

España registra 33.911 nuevos contagios de Covid y 301 fallecidos en las últimas 24 horas

E.M. MADRID
Andalucía, Melilla, Madrid y Castilla-La Mancha son las cuatro regiones que ya tienen una incidencia acumulada inferior a los 500 casos a los 14 días por cada 100.000 habitantes. La media nacional se sitúa en 676,65, frente a 735,19 ayer. Galicia es la única comunidad autónoma que supera la barrera de los 1.000 (1.126,26), por debajo le siguen de cerca Murcia y Extremadura. En la jornada de ayer se sumaron 33.911 nuevos casos de Covid-19. Estas cifras son inferiores a las del mismo día de la semana pa-

sada, cuando se notificaron 34.213 positivos, lo que evidencia la tendencia a la baja en la evolución de la pandemia. El total de contagios en España se eleva ya a 10.914.105 desde el inicio de la pandemia, según las estadísticas oficiales. En las pasadas dos semanas se ha registrado un total de 320.630 positivos.

En el informe de este miércoles se añadieron 301 nuevos fallecimientos, en comparación con 360 el miércoles pasado. Hasta 98.936 personas con prueba diagnóstica positiva han fallecido desde que el virus llegó a España, de acuerdo

con los datos recogidos por el Ministerio. En la última semana han fallecido 449 personas con positivo confirmado en España.

Actualmente, hay 8.258 pacientes ingresados y positivos en Covid-19 en toda España (8.859 ayer) y 1.162 en UCI (1.185 ayer). En las últimas 24 horas, se han producido 732 ingresos (747 ayer) y 1.253 altas (1.268 ayer). Los indicadores de presión asistencial se encuentran en riesgo medio. La tasa de ocupación de camas hospitalarias por coronavirus se sitúa en el 6,64% (7,13% ayer) y en las UCI en el 12,52% (12,77% ayer).

Entre el 13 y el 19 de febrero, las comunidades autónomas han realizado 775.059 pruebas diagnósticas, de las cuales 390.197 han sido PCR y 384.862 test de antígenos, con una tasa global por 100.000 habitantes de 1.648,14.

Casi 24 millones de españoles han recibido ya la dosis de refuer-

DATOS

1.126,26

Incidencia acumulada más alta. La comunidad gallega mantiene la tasa de contagios más alta, por encima de los 1.000.

8.258

Pacientes ingresados. La presión asistencial media en España se encuentran en riesgo medio: 6,64% en camas y 12,52% en UCI.

518.466

Niños con pauta completa. Un total de 1.874.069 niños de cinco a 11 años ya han recibido su primera dosis y un 15,8% la segunda.

zo de la vacuna contra el Covid-19, esto supone el 50,5% de la población española. En las últimas 24 horas se administraron 100.909. Estos datos recogen las dosis adicionales en personas con condición de alto riesgo y las que viven en residencias, así como la de los mayores de 18 años, los vacunados con una sola dosis de Janssen y el personal sanitario y sociosanitario.

Por otro lado, un total de 1.874.069 niños de cinco a 11 años ya tienen puesta su primera dosis y 518.466 también la segunda, lo que supone el 57% con una dosis y el 15,8% con la pauta completa.

Las comunidades autónomas han administrado hasta ayer miércoles un total de 92.337.963 dosis de las vacunas contra el Covid-19 de Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca y Janssen. Esto representa el 94,2% del total distribuido, ya que éste asciende a 97.990.297 unidades.

LOS FARMACÉUTICOS Y LA RED ESPAÑOLA DE DESARROLLO RURAL, UNIDOS FRENTE AL RETO DEMOGRÁFICO

- **Ambas instituciones han firmado un convenio para trabajar en el desarrollo de acciones desde la farmacia comunitaria que mejoren el bienestar y la atención sociosanitaria de las personas en áreas rurales**
- **Representantes autonómicos de la Organización Farmacéutica Colegial y de la Red Española de Desarrollo Rural celebraron el pasado jueves una reunión bilateral en la que han abordado líneas clave de actuación conjunta para mejorar servicios sociosanitarios en la España Rural**



El Consejo General de Colegios Farmacéuticos y la Red Española de Desarrollo Rural unieron el pasado jueves sus fuerzas, mediante la firma de un convenio, con el objetivo de abordar el reto demográfico e impulsar acciones conjuntas en el medio rural.

Dicho acuerdo se ha suscrito en el marco de una reunión bilateral organizada por ambas entidades, en la que han participado representantes autonómicos de ambas organizaciones, con el objetivo de avanzar en posibles líneas de colaboración local, provincial y autonómico.

Para, Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Farmacéuticos, este convenio y la jornada celebrada representan “un paso importante para crear acciones conjuntas que mejoren la atención sanitaria en condiciones de equidad de las personas que viven en áreas rurales, en particular, en despoblación.”

“Porque donde nadie llega, ahí está la farmacia, un activo social y sanitario de valor incalculable, que forma parte de la comunidad a la que asiste. De las más de 22.000 farmacias, 2.128 farmacias se encuentran en municipios de menos de 1.000 habitantes, y 1.028 farmacias en poblaciones de menos de 500 habitantes. Una red de inteligencia sanitaria, de cercanía, profesionalidad y confianza, que puede y quiere hacer más ante el reto demográfico”.

Por su parte Secundino Caso, presidente de la REDR, ha destacado que esta unión “puede resultar muy beneficiosa para la población rural. Uno de los grandes valores añadidos con los que cuentan los Grupos de Acción Local es su enorme capilaridad, ya que están presentes en todo el territorio nacional y son una parte fundamental del propio tejido socioeconómico del medio rural.”



“Este convenio va a impulsar importantes sinergias con las farmacias rurales, ya presentes en los territorios, que pueden contar con la experiencia y la labor desarrollada por los Grupos de Acción Local durante más de tres décadas de trabajo, y que pueden desarrollar acciones conjuntas en materia de salud y cuidados, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de la población rural”.

Asimismo, en dicho acuerdo, ambas instituciones se comprometen a realizar un diagnóstico de las necesidades de esta población para mejorar especialmente la atención a colectivos sociales vulnerables. Asimismo, en el marco del acuerdo se promoverán acciones de sensibilización sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030.

Colaboración y cooperación

Durante el encuentro, los representantes autonómicos de ambos colectivos han compartido el funcionamiento y proyectos de sus organizaciones, con el fin de abrir vías de colaboración conjunta.

Por parte de los farmacéuticos, la secretaria general y la tesorera del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Raquel Martínez y Ana López-Casero respectivamente, han detallado los objetivos y estrategia de la Organización Farmacéutica Colegial.

A continuación, se han conocido dos proyectos asistenciales de éxito desarrollados por Colegios Oficiales de Farmacéuticos. El primero de ellos, presentado por José Luis Nájera, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia, sobre “Mejora de la calidad de vida y control de la medicación de pacientes que vivan en zonas rurales y frenar la despoblación de estas zonas”. Por su parte, Manuel Pérez, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, presentó el proyecto FarmaEduca.

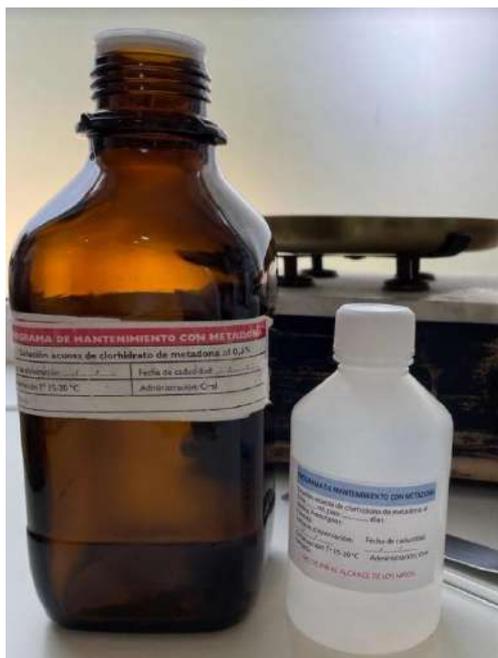
María José Murciano, gerente de REDR, ha sido la encargada de exponer los objetivos y estrategias de su entidad y las múltiples posibilidades que ofrece LEADER en el territorio para impulsar proyectos e iniciativas relacionadas con la salud y los cuidados.

A continuación, se han conocido experiencias de diversas autonomías en proyectos de salud, como la Plataforma de teleformación Salud Academy en Asturias, presentada por Alejandro Vega, presidente de ADRI Comarca de la Sidra; el proyecto CIVITAS y el Servicio “Charlemos un rato” de Castilla y León, presentado por Javier Paniagua y Ana Ayuso, gerente y coordinadora de Programas Sociales de la Asociación Colectivo para el Desarrollo de Tierra de Campos; el proyecto “Vivienda tutelada inclusiva” de Castilla-La Mancha, que ha mostrado Sonia Velázquez, gerente de la Asociación Comarcal Don Quijote de la Mancha; así como la experiencia de iniciativas llevadas a cabo desde la farmacia rural en Tudanca (Cantabria) por la farmacéutica Ana Albar, que ha puesto en marcha cursos de primeros auxilios, yoga o autocuidados para la población de su comarca.

Además, los asistentes repartidos en grupos de trabajo han profundizado en las primeras posibilidades de colaboración, proyectos concretos, y cómo llevarlos a cabo.

MURCIA: RENOVADO EL CONVENIO PARA EL TRATAMIENTO CON OPIÁCEOS DE PERSONAS DEPENDIENTES A TRAVÉS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

- **Un total de 15 farmacias atendieron a 31 pacientes durante el pasado año en coordinación con los equipos facultativos de los Centros de Salud Mental y Adicciones del SMS**



El Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM) y el Servicio Murciano de Salud (SMS) han renovado el convenio que regula el tratamiento con opiáceos de personas dependientes a través de las oficinas de farmacia de la Región de Murcia para este año 2022.

En concreto, el año pasado participaron 15 farmacias comunitarias que en coordinación con los equipos facultativos de los Centros de Salud Mental y Adicciones del SMS atendieron a 31 pacientes en la dispensación de metadona.

Asimismo, también de forma controlada se dispensa los medicamentos con buprenorfina y naloxona. En este caso, el año pasado participaron 39 oficinas de farmacia con 1.142 recetas dispensadas. La presidenta del COFRM, Paula Payá, explica que “con este programa, los farmacéuticos mantienen la comunicación con el equipo facultativo del centro sanitario acreditado para hacer un seguimiento y control de las incidencias que puedan observarse en los pacientes asignados”.

Payá destaca entre las ventajas “la distribución geográfica de las oficinas de farmacia de la Región” lo que es “una garantía para facilitar el acceso a la medicación y el cumplimiento terapéutico del tratamiento de los pacientes”.

La medicación utilizada se dispensa y/o administra por las oficinas de farmacia y los servicios acreditados por la Administración Sanitaria.

El programa de dispensación de opiáceos cumple 19 años de vigencia y es un marco colaborativo entre las farmacias y la consejería de Salud “en la prevención y tratamiento de drogodependencias” remarca la presidenta del colectivo farmacéutico quien considera que esta coordinación “es de gran ayuda” para estos pacientes.

Paula Payá estima que con este convenio “se potencia la farmacia comunitaria como un agente activo dentro del sistema de la Atención Primaria, además de su función en la dispensación y uso racional del medicamento”.

Índices de Precios de Exportación (IPRIX) y de Importación (IPRIM) de Productos Industriales. Base 2015.- Diciembre 2021. Datos provisionales

LA TASA ANUAL DEL IPRIX SE SITÚA EN EL 17,9%, CASI UN PUNTO Y MEDIO SUPERIOR A LA REGISTRADA EN NOVIEMBRE

LA VARIACIÓN ANUAL DEL IPRIM ES DEL 24,7%, SEIS DÉCIMAS POR DEBAJO DE LA DEL MES ANTERIOR

4. Índices de exportación: general y por ramas de actividad (CNAE 2009)

	Índice	Mensual		Annual
		% Variación	Repercusión	% Variación
ÍNDICE GENERAL	120,2	1,9		17,9
B. Industrias extractivas	145,0	0,3	0,002	18,6
Extracción de minerales metálicos	201,4	-2,6	-0,007	25,4
Otras industrias extractivas	121,0	2,1	0,009	14,9
C. Industria manufacturera	113,2	0,1	0,093	10,7
Industria de la alimentación	111,0	0,7	0,066	8,3
Fabricación de bebidas	103,6	0,0	0,000	0,4
Industria del tabaco	104,0	0,0	0,000	1,5
Industria textil	106,5	0,1	0,001	6,8
Confección de prendas de vestir	102,4	1,0	0,004	2,3
Industria del cuero y del calzado	101,6	0,5	0,004	2,2
Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	112,1	0,9	0,006	7,7
Industria del papel	119,8	1,5	0,031	20,4
Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	114,0	0,2	0,001	5,9
Coquerías y refino de petróleo	143,7	-5,7	-0,226	69,5
Industria química	116,8	0,5	0,045	17,7
Fabricación de productos farmacéuticos	101,4	0,3	0,013	3,1
Fabricación de productos de caucho y plásticos	106,5	0,6	0,022	8,3
Fabricación de otros productos minerales no metálicos	105,4	0,8	0,020	4,6
Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	156,6	-0,2	-0,020	37,6
Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	106,1	0,3	0,011	5,7
Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	96,6	0,1	0,001	0,5
Fabricación de material y equipo eléctrico	108,3	0,3	0,011	5,8
Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	106,5	0,1	0,007	3,3
Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	103,5	0,4	0,075	2,0
Fabricación de otro material de transporte	111,2	0,6	0,022	2,8
Fabricación de muebles	107,4	0,1	0,001	3,8
Otras industrias manufactureras	104,5	0,1	0,001	0,5
Reparación e instalación de maquinaria y equipo	101,3	0,0	0,000	0,8
D. Suministro de energía eléctrica y gas	330,7	24,5	1,761	255,1

5. Índices de importación: general y por ramas de actividad (CNAE 2009)

	Índice	Mensual		Anual
		% Variación	Repercusión	% Variación
ÍNDICE GENERAL	122,0	0,2		24,7
B. Industrias extractivas	183,1	-0,6	-0,141	125,7
Extracción de antracita, hulla y lignito	102,8	-11,3	-0,054	66,8
Extracción de crudo de petróleo y gas natural	181,8	-0,4	-0,091	141,8
Extracción de minerales metálicos	197,7	-0,3	-0,004	24,6
Otras industrias extractivas	114,9	4,4	0,009	12,8
C. Industria manufacturera	109,7	0,3	0,235	9,5
Industria de la alimentación	114,4	0,8	0,057	12,3
Fabricación de bebidas	100,4	0,2	0,001	1,0
Industria del tabaco	110,2	-0,8	-0,005	0,4
Industria textil	103,3	0,0	0,000	8,0
Confección de prendas de vestir	97,5	0,0	0,000	3,0
Industria del cuero y del calzado	99,0	0,1	0,001	2,0
Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	117,4	1,2	0,006	13,3
Industria del papel	114,5	1,5	0,020	13,4
Coquerías y refino de petróleo	135,6	-2,1	-0,080	48,1
Industria química	119,0	1,4	0,128	20,2
Fabricación de productos farmacéuticos	100,6	0,1	0,004	2,2
Fabricación de productos de caucho y plásticos	107,2	0,5	0,014	7,6
Fabricación de otros productos minerales no metálicos	104,9	0,8	0,007	4,4
Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	150,6	0,7	0,031	38,9
Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	107,0	0,1	0,002	6,4
Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	96,6	-0,2	-0,012	2,3
Fabricación de material y equipo eléctrico	108,0	0,8	0,029	6,4
Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	105,7	0,4	0,021	3,2
Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	103,7	0,0	0,003	1,9
Fabricación de otro material de transporte	106,3	-0,2	-0,004	3,3
Fabricación de muebles	101,1	0,2	0,002	3,0
Otras industrias manufactureras	101,1	0,5	0,010	2,6
D. Suministro de energía eléctrica y gas	407,6	25,1	0,095	344,4

6. Índices agregados del mercado interior y exterior (IPRI+IPRIX): general y por ramas de actividad (CNAE 2009)

	Índice	Mensual		Anual
		% Variación	Repercusión	% Variación
ÍNDICE GENERAL	131,7	3,2		30,1
B. Industrias extractivas	116,0	0,2	0,001	7,8
Extracción de minerales metálicos	213,4	-2,6	-0,002	25,4
Otras industrias extractivas	108,7	0,7	0,003	5,2
C. Industria manufacturera	116,5	0,1	0,111	13,7
Industria de la alimentación	112,6	1,3	0,188	9,5
Fabricación de bebidas	106,6	0,4	0,010	0,8
Industria del tabaco	107,5	0,0	0,000	0,6
Industria textil	105,5	0,3	0,003	5,5
Confección de prendas de vestir	102,1	0,0	0,000	1,1
Industria del cuero y del calzado	103,5	0,3	0,002	1,4
Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	117,9	1,2	0,011	12,3
Industria del papel	121,0	1,3	0,027	17,7
Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	110,0	1,3	0,011	4,6
Coquerías y refino de petróleo	141,3	-4,9	-0,344	65,1
Industria química	126,6	1,0	0,070	25,1
Fabricación de productos farmacéuticos	104,1	0,1	0,002	2,1
Fabricación de productos de caucho y plásticos	108,9	0,7	0,021	9,0
Fabricación de otros productos minerales no metálicos	107,4	0,6	0,013	4,4
Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	160,7	1,0	0,064	42,0
Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	113,3	-0,1	-0,006	9,4
Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	99,4	0,1	0,001	0,6
Fabricación de material y equipo eléctrico	107,0	0,3	0,008	5,0
Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	106,7	0,3	0,008	3,2
Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	103,7	0,2	0,017	1,8
Fabricación de otro material de transporte	112,8	0,4	0,006	3,3
Fabricación de muebles	110,1	0,1	0,001	4,7
Otras industrias manufactureras	105,5	0,1	0,001	1,0
Reparación e instalación de maquinaria y equipo	103,8	-0,1	-0,001	0,6
D. Suministro de energía eléctrica y gas	206,8	12,8	3,090	121,0
E. Suministro de agua	101,9	0,2	0,002	0,2

23 de febrero de 2022

Estadística sobre Uso de Biotecnología Año 2020. Datos definitivos

Principales resultados

- El gasto en actividades de I+D interna en Biotecnología aumentó un 0,9% en el año 2020 y se situó en 2.059 millones de euros. Esta cifra supuso un 13,1% del gasto total en actividades de I+D interna.
- El número total de personas que se dedicaron a actividades de I+D interna en Biotecnología, en equivalencia a jornada completa, aumentó un 1,2%, hasta situarse en 30.003,8. Esta cifra representó el 12,9% del total de ocupados en actividades de I+D interna.
- Las comunidades autónomas que realizaron un mayor gasto en actividades de I+D interna en Biotecnología fueron Cataluña (30,4% del total), Comunidad de Madrid (25,4%) y Andalucía (11,0%).

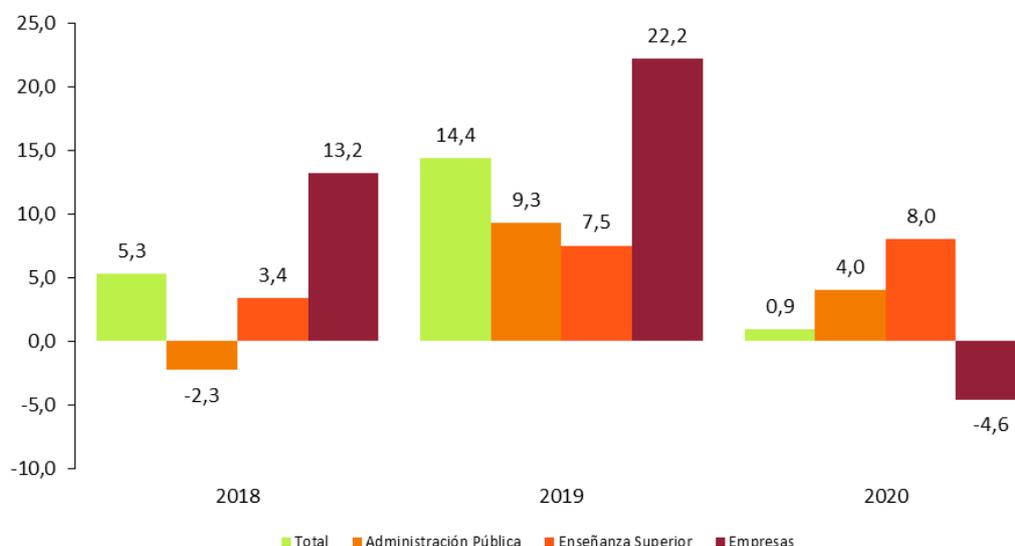
Gasto en actividades de I+D interna relacionadas con la Biotecnología

El gasto en actividades de I+D interna relacionadas con la Biotecnología alcanzó los 2.059 millones de euros en el año 2020, con un incremento del 0,9% respecto a 2019. Este gasto supuso el 13,1% del gasto total en actividades de I+D interna.

Por sectores de ejecución, el sector *Empresas* disminuyó un 4,6% su gasto interno, mientras que la *Administración Pública* lo aumentó un 4,0% y el sector *Enseñanza Superior* un 8,0%.

Variación del gasto en I+D interna en Biotecnología

Porcentaje



En relación al gasto total en actividades de I+D interna en Biotecnología, las *Empresas* presentaron el mayor porcentaje (43,6% del total). Por detrás se situaron la *Administración Pública* (33,0%), la *Enseñanza Superior* (23,2%) y las Instituciones Privadas Sin Fines de Lucro (IPSFL), con un 0,3%.

Gasto en I+D interna en Biotecnología por sector de ejecución

Año 2020

Sector de ejecución	Total (miles de euros)	%	Tasa anual	% sobre el total de I+D interna
TOTAL	2.059.394	100,0	0,9	13,1
Admón. Pública	678.685	33,0	4,0	24,7
Enseñanza Superior	477.628	23,2	8,0	11,4
Empresas	897.333	43,6	-4,6	10,2
IPSFL	5.748	0,3	2,4	12,6

Financiación de la I+D interna

Las actividades de I+D interna relacionadas con la Biotecnología se financiaron en 2020, principalmente, por la *Administración Pública* (43,3% del total) y el sector *Empresas* (40,6%). Los fondos procedentes del resto del mundo (9,9%), la *Enseñanza Superior* (4,6%) y las Instituciones Privadas Sin Fines de Lucro (1,6%) financiaron el resto.

Gasto en I+D interna en Biotecnología por sector de ejecución y financiación

Año 2020. Miles de euros

Sector de ejecución	Total	Origen de fondos (%)				
		Admon. Pública	Enseñanza Superior	Empresas	IPSFL	Resto del Mundo
TOTAL	2.059.394	43,3	4,6	40,6	1,6	9,9
Admón. Pública	678.685	71,5	0,2	16,2	2,3	9,8
Enseñanza Superior	477.628	65,9	19,5	5,3	1,8	7,7
Empresas	897.333	10,3	0,1	77,9	0,5	11,2
IPSFL	5.748	17,2	0,0	13,8	58,2	10,8

Empleo en actividades de I+D interna relacionadas con la Biotecnología

El número total de personas que se dedicaron a actividades de I+D interna en Biotecnología, en equivalencia a jornada completa, aumentó un 1,2% en 2020 hasta alcanzar las 30.003,8. Esta cifra supuso el 12,9% del personal total ocupado en las actividades de I+D.

El 57,6% del personal empleado en actividades de I+D interna en Biotecnología fueron mujeres. Los porcentajes más elevados de participación femenina se dieron en las IPSFL (71,6%) y en la Administración Pública (63,2%).

El colectivo de investigadores en actividades de I+D interna en Biotecnología alcanzó la cifra de 19.421,7 personas en equivalencia a jornada completa, un 1,4% más que en 2019.

Personal empleado en actividades de I+D interna en Biotecnología por sector de ejecución, ocupación y sexo. Año 2020

Sector de ejecución	Personal total			Investigadores		
	Total	Tasa de variación	% Mujeres	Total	Tasa de variación	% Mujeres
TOTAL	30.003,8	1,2	57,6	19.421,7	1,4	54,1
Administración Pública	10.846,1	-1,5	63,2	6.270,9	-4,2	58,7
Enseñanza superior	9.663,9	5,3	50,9	7.692,1	7,9	49,1
Empresas	9.401,9	0,4	57,7	5.398,3	-0,2	55,9
IPSFL	91,9	-7,5	71,6	60,4	-6,5	68,5

*EJC= Equivalencia a jornada completa

Datos por comunidades autónomas

Las comunidades autónomas que realizaron mayor gasto en actividades de I+D interna en Biotecnología en 2020 fueron Cataluña (30,4% del total), Comunidad de Madrid (25,4%) y Andalucía (11,0%).

Gasto en I+D interna en Biotecnología por comunidades autónomas, según sector de ejecución

Año 2020. Miles de euros

	TOTAL	%	Empresas	%	Resto de sectores *	%
TOTAL	2.059.394	100,0	897.333	100,0	1.162.061	100,0
Andalucía	226.948	11,0	83.663	9,3	143.285	12,3
Aragón	32.352	1,6	16.538	1,8	15.814	1,4
Asturias, Principado de	21.153	1,0	5.239	0,6	15.914	1,4
Baleares, Illes	22.323	1,1	..	..	..	..
Canarias	17.752	0,9	3.651	0,4	14.102	1,2
Cantabria	7.954	0,4	..	..	..	..
Castilla y León	72.016	3,5	36.884	4,1	35.131	3,0
Castilla-La Mancha	19.717	1,0	8.137	0,9	11.580	1,0
Cataluña	626.363	30,4	295.462	32,9	330.901	28,5
Comunitat Valenciana	165.881	8,1	63.715	7,1	102.166	8,8
Extremadura	4.942	0,2	2.824	0,3	2.118	0,2
Galicia	104.944	5,1	28.333	3,2	76.612	6,6
Madrid, Comunidad de	522.835	25,4	216.916	24,2	305.919	26,3
Murcia, Región de	44.471	2,2	19.096	2,1	25.375	2,2
Navarra, Comunidad Foral de	44.343	2,2	..	..	..	..
Pais Vasco	117.655	5,7	84.198	9,4	33.457	2,9
Rioja, La	7.744	0,4	..	..	..	..
Ceuta	.	.	.	.	.	.
Melilla	.	.	.	.	.	.

(*) Resto de sectores: Administración Pública, IPSFL y Enseñanza superior

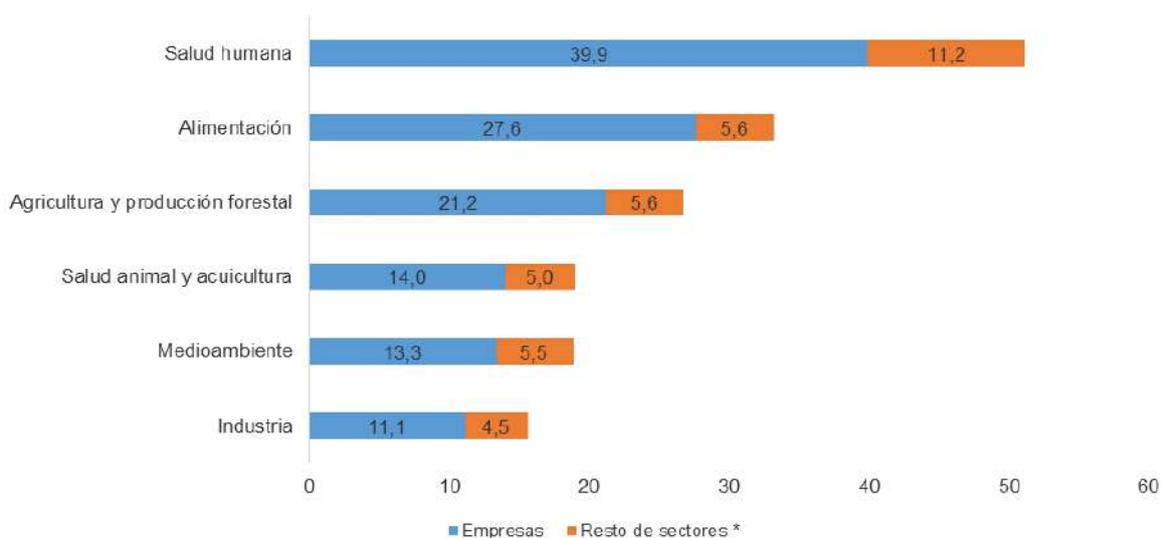
(.) No disponible o inexistente

(..) Dato protegido por secreto estadístico

Áreas de aplicación de la Biotecnología

Entre las áreas de aplicación final de los productos obtenidos de la utilización de los diferentes tipos de biotecnologías destacaron la *Salud humana* y la *Alimentación*, con un 51,1% y 33,2% del total de unidades, respectivamente.

Unidades con actividades biotecnológicas, según las áreas de aplicación final de la Biotecnología. Año 2020. Porcentaje



(*) Resto de sectores: Administración Pública, IPSFL y Enseñanza Superior

Revisiones y actualización de datos

Los datos publicados hoy son definitivos. Los resultados están disponibles en INEBase.

La Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG) celebra su Asamblea General Ordinaria

MAR FÁBREGAS, NUEVA PRESIDENTA DE AESEG

- Mar Fábregas sustituye en el cargo a Raúl Díaz-Varela que finaliza su mandato.
- AESEG ha reivindicado medidas que impulsen la actividad de la industria farmacéutica de medicamentos genéricos como sector tractor para la economía española.

La Asamblea General de la **Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG)** pro jueves a **Mar Fábregas** como nueva presidenta de la patronal de la industria farmacéutica de medicamentos genéricos en España para el periodo 2022-2024.

Mar Fábregas, directora general de STADA España, ha ocupado la vicepresidencia de AESEG desde 2020 y ahora sustituye en el cargo a **Raúl Díaz-Varela**, presidente de Kern Pharma y vicepresidente del Grupo Indukern, quien ha estado al frente de la patronal en los últimos años.

La nueva presidenta de AESEG es la directora general de STADA España desde su nombramiento en 2013. Se incorporó a la compañía en 2005 para ocupar distintos puestos de responsabilidad como directora de Business Development y Global Strategic Supply Manager. Previamente inició su andadura en la industria farmacéutica en Chiesi y Sandoz. Licenciada en Farmacia por la Universidad de Barcelona y Programa de Dirección General de IESE Business School, Mar Fábregas cuenta con una amplia experiencia y conocimiento de los mercados de medicamentos genéricos nacional e internacional.

En el transcurso de la Asamblea General, la nueva presidenta de AESEG ha agradecido la labor de su predecesor en el cargo y del equipo directivo de la asociación, así como el trabajo realizado en la defensa y por la unidad de la industria farmacéutica de medicamentos genéricos. Mar Fábregas asume su nueva función con la idea de continuar por el camino abierto durante las últimas legislaturas.

«Quiero agradecer a Raúl Díaz-Varela el trabajo y dedicación durante todos estos años que han contribuido decisivamente a posicionar a la asociación como un interlocutor estratégico para el fomento del uso del medicamento genérico en España», ha señalado la nueva presidenta. Recogiendo el relevo, mi objetivo es - ha afirmado Mar Fábregas- reforzar la hoja de ruta desarrollada por AESEG y apostar por aumentar la visibilidad del sector consolidando su imagen».



Renovada Junta Directiva

Además de la elección de la nueva presidenta de AESEG, en la Asamblea General celebrada el pasado jueves en Madrid se ha procedido a la renovación de la Junta Directiva de la asociación, que queda formada por los siguientes miembros, cuyos cargos serán designados el próximo mes de marzo:

- **María Alonso de Diego** (ALTER GENÉRICOS)
- **Lucas Sigman** (INSUD PHARMA)
- **Salvador Martí** (FRESENIUS KABI)
- **Raúl Díaz-Varela** (KERN PHARMA)
- **Francisco José Aranda** (LABORATORIOS CINFA)
- **Jesús Govantes** (LABORATORIOS NORMON)
- **David Peix Gallofré** (PENSA PHARMA)
- **Joaquín Rodrigo** (SANDOZ ESPAÑA)
- **Mar Fábregas** (STADA ESPAÑA)
- **Juan Carlos Conde** (TEVA ESPAÑA)
- **Javier Anitua** (VIATRIS)
- **Ángel Luis Rodríguez de la Cuerda** (Secretario General)

Mar Fábregas ha destacado «el compromiso, la unión y la lealtad que existe entre los miembros que forman parte de la Junta Directiva». «Contar con una buena sintonía es imprescindible para poder alcanzar los objetivos marcados y abordar los nuevos proyectos que tiene la asociación y los retos a los que se enfrenta el sector desde amplios consensos», ha afirmado la nueva presidenta de AESEG.

Asamblea General

Además de hacer balance de la actividad llevada a cabo durante el último año, en el transcurso de la Asamblea General, se comentaron los asuntos de actualidad más relevantes que afectan al mercado farmacéutico de medicamentos genéricos y se puso el foco en algunos de los grandes retos actuales a los que se enfrenta el sector.

AESEG ha reivindicado la creación de un entorno estable que aporte seguridad, así como medidas que impulsen la actividad de la industria farmacéutica de medicamentos genéricos como sector tractor para la economía española; y ha destacado la importancia de que estas empresas reciban el apoyo del fondo europeo de reconstrucción para poder impulsar su transformación y recuperación.

La nueva presidenta de AESEG ha recordado «la importante labor que han desempeñado empresas y trabajadores de la industria farmacéutica de medicamentos genéricos durante la crisis del COVID-19, permitiendo que en los momentos más difíciles de la pandemia todos los ciudadanos tuvieran acceso a los tratamientos de manera costo eficiente, tanto en el entorno de la asistencia a la COVID-19 como para el resto de patologías crónicas y agudas, garantizando el suministro y normal abastecimiento».

Día Mundial de las Enfermedades Raras

PFIZER Y FEDER LANZAN LA MARCA 'LAS RARAS' PARA INVITAR A LA SOCIEDAD A PONERSE EN LA PIEL DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON ENFERMEDADES POCO FRECUENTES

- “Las Raras: la marca de unos pocos que debemos conocer todos”, de Pfizer, cuenta con el aval de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). La campaña se lanza en el marco del Día Mundial de estas patologías y busca concienciar a la sociedad sobre la situación de estas enfermedades en España, que actualmente afectan a más de 3 millones de personas en nuestro país
- La importancia de un diagnóstico adecuado y a tiempo; la necesidad de fomentar la investigación; y visibilizar la falta de apoyo que muchas veces afrontan tanto pacientes como familiares que conviven con estas enfermedades son los ejes principales de esta campaña disponible en www.pfizer.es/lasraras

Las enfermedades raras son una realidad para más de 3 millones de personas en España. Estos pacientes, junto con sus familiares y cuidadores, se enfrentan a distintas situaciones en las que el diagnóstico, el acceso a los tratamientos y las rutinas de la vida cotidiana suponen todo un reto. Para poner de manifiesto esta situación y reivindicar una mayor concienciación social sobre estas patologías, la Organización Europea de Pacientes con Enfermedades Raras (EURORDIS) creó en 2008 el Día Mundial de las Enfermedades Raras que se celebra este 28 de febrero (el 29 en los años bisiestos), con el compromiso de poner la realidad de estas enfermedades en la agenda pública.

Partiendo de este objetivo, Pfizer, con el aval de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), lanza este 28 de febrero la campaña ‘Las Raras: la marca de unos pocos que debemos conocer todos’.

Esta campaña tiene como objetivo concienciar sobre las enfermedades raras en nuestro país, visibilizando y poniendo el foco de atención en necesidades tan esenciales para los pacientes como la mejora en los tiempos de diagnóstico, el impulso a la investigación y el abordaje de cuestiones relativas a su calidad de vida y a la de sus familiares o cuidadores.

‘Las Raras’ cuenta en su colección con camisetas y *tote bags* con el logo de la marca, invitando de esta manera a que toda la sociedad se ponga en la piel de los que conviven con patologías raras o poco frecuentes, siendo conscientes de los retos a los que se enfrentan a diario y del impacto que éstas tienen en sus vidas y en las de sus seres queridos. La campaña, activa en la web www.pfizer.es/lasraras, permite que cualquier persona pueda adquirir una de estas prendas, hasta fin de existencias, recibéndola en su casa junto con una tarjeta donde podrá conocer datos tan relevantes como que existen más de 6.000 tipos distintos de enfermedades raras o que solo el 5% disponen de un tratamiento aprobado.



En la imagen, la redactora de SANIFAX, Mónica Somoza, que se une, como toda nuestra redacción, a la campaña de Pfizer y Feder que busca concienciar sobre las enfermedades raras.

A cambio de estas prendas, únicamente se invitará a que las personas que las adquieran compartan la información en sus redes sociales o con su entorno, dando voz a los pacientes y convirtiendo a la sociedad general en su mejor altavoz.

“En Pfizer estamos comprometidos con las enfermedades raras desde hace más de 30 años, un compromiso que se evidencia principalmente por la apuesta investigadora y por el esfuerzo para que cada día los tratamientos lleguen a los más de 8.000 pacientes que actualmente se tratan con alguna de nuestras terapias en España.”, explica **Nadia Rodriguez, directora de Enfermedades Raras de Pfizer España**.

Además, recalca que *“estos días mundiales son momentos clave para dar voz a los pacientes y visibilizar la situación y los retos que todavía tenemos en el abordaje de estas enfermedades. Este año, con la campaña ‘Las Raras’ queremos invitar a toda la sociedad a ponerse en la piel de estas personas (pacientes y familiares) y a conocer de primera mano su realidad”*.

“En España, más de 3 millones de personas conviven con una enfermedad poco frecuente haciendo frente a importantes retos como la búsqueda de diagnóstico, el abordaje terapéutico, el acceso a tratamiento o la inclusión. Desde FEDER trabajamos para dar orientación y apoyo psicológico a las personas con enfermedades raras o en búsqueda de diagnóstico, impulsamos la formación y capacitación del movimiento asociativo en enfermedades raras y desarrollamos acciones que permitan avanzar la investigación y contribuyan a la sensibilización social. Acciones como ‘Las Raras’ ayudan que toda la sociedad sea consciente de los retos a los que se enfrentan millones de pacientes en nuestro país y nos permiten seguir avanzando en la mejora de su calidad de vida”, afirma **Juan Carrión, presidente de FEDER y su fundación**, y añade: *“todas las personas que se sumen a esta iniciativa nos ayudarán a visibilizar nuestra realidad, nuestras demandas y nuestras expectativas en este Día Mundial de las Enfermedades Raras, algo esencial para nuestro colectivo”*.

El diagnóstico y la investigación, los principales retos para los pacientes

Según la OMS, las enfermedades raras son aquellas que tienen una prevalencia por debajo de 5 por cada 100.000 habitantes. A nivel mundial, se estima que existen más de 300 millones de personas con algún tipo de enfermedad rara, en el caso de España son más de 3 millones los casos diagnosticados. Un diagnóstico que, para el 50% de los pacientes llega después de cuatro años de espera, y para un 20% a los diez años⁵.

Esta demora en los diagnósticos influye negativamente en el acceso que pueden tener estos pacientes a intervenciones terapéuticas, lo que provoca que, en un 31% de los casos la enfermedad se agrave.

El acceso al diagnóstico es una de las reivindicaciones de los pacientes junto con el impulso a la investigación y la accesibilidad de los tratamientos. Y es que, el 47% de las personas con enfermedades raras o poco frecuentes no tienen tratamiento o, si dispone de él, no es el adecuado.

La calidad de vida de los pacientes con enfermedades raras, una asignatura pendiente

En cuanto a la calidad de vida de estos pacientes, 1 de cada 2 personas afirma estar insatisfecho con su salud, su acceso a los recursos públicos y la atención de su enfermedad.

También más de 66% indica que su enfermedad les impide mucho o bastante desarrollar actividades cotidianas que les permitan ser autónomos, y más del 40% no están satisfechos con su situación respecto a actividades de ocio y tiempo libre y, en general, con la calidad de vida que su enfermedad les permite tener.

SEDISA, LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO Y BOEHRINGER INGELHEIM AÚNAN ESFUERZOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PAÍS VASCO

- Cada año, se detectan más de 6.150 nuevos casos de esta patología en el País Vasco
- El Dr Jordi Varela ha impartido un taller en el que ha trasladado las claves del modelo de la cadena de valor aplicado a IC en las Organizaciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma Vasca, con el objetivo de optimizar la asistencia y tratamiento a las personas con Insuficiencia Cardíaca
- La operativa de este programa en el País Vasco favorecerá la colaboración y comunicación entre atención primaria y hospitalaria



La farmacéutica Boehringer Ingelheim, con el aval de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y de la mano de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, ha organizado un taller en el que han participado cerca de cuarenta gestores sanitarios de País Vasco para aunar esfuerzos en la mejora a la atención de la insuficiencia cardíaca. La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las enfermedades crónicas con mayor impacto sanitario y económico a nivel global. En España, se detectan al año 2,78 casos nuevos por cada 1.000 habitantes.

En el País Vasco, alrededor de 6.155 personas son diagnosticadas de esta enfermedad anualmente. La insuficiencia cardiaca pertenece al grupo de enfermedades cardiovasculares y ésta impide que el corazón tenga capacidad suficiente para bombear la sangre y, por lo tanto, de hacer llegar suficiente oxígeno y nutrientes al resto de los órganos. pudiendo generar dificultad para respirar o fatiga, entre otros síntomas. Representa entre el 3-5% de los ingresos hospitalarios y se sitúa como la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años.

Tal como indica el Presidente de la sección de Cardiología de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, el Dr. Alain Laskibar, “la IC es un problema de salud pública de primer orden, que requiere de una gestión adecuada si queremos conseguir buenos resultados en términos de salud y eficiencia”. Conscientes de la necesidad de buscar nuevas fórmulas para la asistencia a la IC, esta iniciativa organizada por Boehringer Ingelheim junto a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y, que cuenta con el aval de SEDISA, busca mejorar los procesos de atención y gestión de esta patología.

Dicho proyecto se encuentra en el marco del programa MAIC, a través del cual Boehringer Ingelheim impulsa diferentes iniciativas para avanzar en nuevos modelos de atención al paciente con IC. “La atención a los pacientes con IC continúa siendo un importante desafío para los sistemas sanitarios, tanto por el impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen, como en términos asistenciales.

Además, el consumo de recursos sanitarios atribuible a esta enfermedad es ingente. En España, supone el 2,5 % del coste sanitario total”, explica el Dr. Laskibar. En concreto, esta iniciativa apostará por instaurar un modelo denominado “cadena de valor”.

En él se definirán perfiles de pacientes susceptibles de padecer IC, detallando sus necesidades y posibles complicaciones, y se establecerán nuevos indicadores de medición de la patología. Igualmente, se impulsará la participación de los pacientes en su cuidado y se promoverá el uso de aplicaciones de salud digital. Por último, se trabajará en instaurar modelos de coordinación, colaboración e integración de servicios entre atención primaria y hospitalaria.

El primer paso del proyecto ha sido un taller impartido por el referente en gestión sanitaria, el Dr. Jordi Varela, organizado por la compañía farmacéutica, avalado por SEDISA y de la mano de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Este encuentro ha contado con la participación de cerca de cuarenta gestores sanitarios de País Vasco. Durante el encuentro, inaugurado por el Dr. Miguel Sánchez Fernández, Director de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, los asistentes han compartido experiencias y buenas prácticas asistenciales capaces de mejorar la atención a la IC en Euskadi.

PROFESIONALES DE MEDICINA RESPIRATORIA IDENTIFICAN LOS "SIETE PECADOS CAPITALES" DEL MANEJO DE LA EPOC EN ESPAÑA

- La EPOC afecta al 11% de la población adulta en España. Es la cuarta causa de muerte en nuestro país. Sin embargo, alrededor del 80% de los pacientes permanecen sin diagnosticar.
- Un nuevo trabajo identifica las siete principales problemáticas en el manejo de la enfermedad: la efimeridad de los planes de salud pública, la falta de coordinación en la atención, los problemas en el diagnóstico, la estigmatización de la enfermedad, la necesidad de una actuación temprana, la adhesión a las guías de práctica clínica y la educación de la población y los pacientes.



Un grupo de especialistas en medicina respiratoria ha publicado el trabajo **“Los siete pecados capitales de la EPOC en España”**, un trabajo contrastado que identifica las siete principales problemáticas actuales en el manejo de la enfermedad en nuestro país. Además, el documento propone soluciones que pueden ser implementadas para beneficiar a los pacientes y mejorar el uso racional de los recursos sanitarios, destacando como prioritaria la reducción de las elevadas tasas de infradiagnóstico de la EPOC, una enfermedad crónica grave que afecta al 11% de la población adulta y que constituye la cuarta causa de

muerte en nuestro España. La elevada prevalencia de esta enfermedad y su creciente incidencia asociada al envejecimiento de la población hace que estemos ante un problema de salud pública con un gran impacto social y económico. Por ello, los expertos que han participado en este trabajo coinciden en que la concienciación a la población general a través de la puesta en marcha de campañas informativas en medios de comunicación y la mejora de la educación de los pacientes y sus familiares constituyen algunas de las principales soluciones para optimizar el abordaje de la EPOC.

Así, en palabras de **Ana Pérez, directora Médica y de Asuntos Regulatorios de AstraZeneca España**, *“como compañía farmacéutica centrada en la salud de las personas, tenemos un firme compromiso con la mejora de la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Por eso, trabajamos en campañas de concienciación que ayudan a fomentar el conocimiento de la enfermedad entre la población general, con el objetivo de que sus síntomas sean fácilmente reconocibles y favorecer así el necesario diagnóstico precoz e intervención temprana de la patología”*.

Espirometrías: claves para reducir el infradiagnóstico

Y es que los especialistas destacan que, a pesar de la alta prevalencia y mortalidad de la EPOC, alrededor del 80% de los pacientes aún permanecen sin diagnosticar. Por este motivo, plantean una mejora de la formación, tanto de la población general, como de los profesionales, que conduzca a un correcto uso de la espirometría como principal herramienta para el diagnóstico de la enfermedad.

“Para reducir las cifras de infradiagnóstico, necesitamos ampliar el uso de espirometrías, sobre todo, en la Atención Primaria. Esto tiene que ir unido a la formación del personal de enfermería, de atención primaria y de otras especialidades, así como de la población general”, explica el **Dr. José Luis Izquierdo, profesor de medicina por la Universidad de Alcalá y jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Guadalajara.**

Yendo más allá, el trabajo plantea la necesidad de una actuación temprana, cuyo diagnóstico se adelante, incluso, a la aparición de los síntomas, con el objetivo de incidir positivamente en la progresión de la enfermedad. “Los estudios observacionales han detectado que la mitad de los pacientes diagnosticados de EPOC a los 65 años ya presentaban alteraciones de la función pulmonar a los 25 años. Por eso, proponemos la realización de estudios de espirometría en jóvenes menores de 30 años, que nos permitan identificar los factores de riesgo para la salud respiratoria a tiempo para su tratamiento”, afirma el Dr. Izquierdo.

“Además, en los pacientes que han sido diagnosticados, la enfermedad no suele confirmarse mediante una prueba diagnóstica adecuada. En consecuencia, el tratamiento muchas veces no se ajusta a las recomendaciones científicas nacionales e internacionales”, añade este experto.

Equidad en el abordaje de la EPOC para una mejor atención

En la actualidad, el manejo de la EPOC en España difiere enormemente entre comunidades autónomas e, incluso, centros hospitalarios. Acabar con esta inequidad en la atención de la patología, a través de una mejor coordinación de su cuidado, garantiza los mejores resultados de salud para cada paciente.

Para ello, el grupo de especialistas en medicina respiratoria propone, como medida principal, “el fortalecimiento de la Estrategia Nacional de EPOC y los Planes Regionales, a través de la evaluación periódica de los indicadores cuantitativos y cualitativos de su implementación y efectividad”. Para ello, tal y como explica Izquierdo, “proponemos la creación de un Plan de Salud Respiratoria que vaya más allá de la EPOC y aborde la importancia de la salud respiratoria en general.”

“Este ha de prever la financiación de programas de prevención y promoción de la salud respiratoria, el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades respiratorias y una apuesta decidida por las espirometrías como pruebas no invasivas, por la formación, la innovación y la investigación”.

Otra de las medidas clave para garantizar equidad en la atención es la eliminación de las diferencias entre guías de práctica clínica, “estas han de eliminar algunas discrepancias y han de ser actualizadas continuamente y difundidas adecuadamente, auditando su impacto clínico real”, según propone el doctor.

Por último, el documento analiza la gran capacidad de mejora que tendría un efectivo abordaje multidisciplinar sobre la atención a los pacientes y el sistema sanitario. “En el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC intervienen varias áreas sanitarias y especialidades médicas, pero no existe ningún documento que defina sus funciones específicas, cómo deben coordinarse y quién es el responsable del seguimiento del paciente en cada fase del proceso.”

“La creación de unidades funcionales multidisciplinarias, lideradas por la medicina respiratoria, facilitaría el abordaje y la organización de todo el proceso asistencial de la EPOC, desde su prevención y diagnóstico precoz, pasando por las complicaciones y exacerbaciones intercurrentes, hasta la fase final de la vida”, concluye el Dr. Izquierdo.

LILLY CREA SU INSTITUTO DE MEDICINA GENÉTICA CON UNA INVERSIÓN DE 700 MILLONES DE DÓLARES

- **Con dos sedes en Estados Unidos -Boston y Nueva York-, se destinará a acelerar el desarrollo de medicamentos basados en ARN y ADN**

Eli Lilly and Company (NYSE: LLY) ha anunciado el lanzamiento del Instituto Lilly de Medicina Genética con una inversión aproximada de 700 millones de dólares para la creación de instalaciones punteras en la zona del puerto marítimo de Boston (EEUU). Esta inversión, que parte de la estrategia de Lilly para seguir avanzando en el desarrollo de terapias genéticas basadas en ARN, se fundamenta en la adquisición en 2020 de 'Prevail Therapeutics', empresa pionera en terapia génica con sede en la ciudad de Nueva York. De manera conjunta los investigadores de Boston y Nueva York utilizarán las prometedoras tecnologías basadas en ARN y ADN y desarrollarán terapias para tratar y prevenir enfermedades que resultan imposibles de abordar con la medicina actúa.

"El establecimiento del Instituto Lilly de Medicina Genética nos permitirá combinar tecnologías de vanguardia con nuestra profunda experiencia biológica en varias áreas, incluida la neurociencia y la diabetes", ha manifestado Andrew C. Adams, vicepresidente de medicina genética de Lilly y codirector del Instituto. "Lilly se centrará en los medicamentos que actúan a nivel del ácido nucleico para descubrir en una clase completamente nueva que se dirige a la causa de las enfermedades, un enfoque radicalmente diferente al que presentan los medicamentos disponibles en la actualidad".

A través del trabajo del Instituto, Lilly pretende impulsar el desarrollo de medicamentos genéticos, que ya representan más del 20 por ciento de la cartera de investigación de Lilly en diabetes, inmunología y sistema nervioso central. En 5 años, Lilly proyecta que este Instituto de Boston habrá creado empleo pasando de los 120 científicos actuales a más de 250 entre biólogos, químicos, científicos y otros expertos en medicina genética. Además, se espera que el Instituto de Nueva York crezca para incluir hasta 200 científicos más, todos empleados por Lilly.

Juan Velasco, director del Centro de I+D de España, ha afirmado: "nos sentimos muy satisfechos por esta noticia pues supone la ampliación del potencial investigador de la compañía y los distintos centros de Investigación de Lilly -que trabajamos en red- nos veremos favorecidos por la ampliación de nuestro ecosistema científico".

"El Instituto mejorará nuestros esfuerzos en la búsqueda de tratamientos para las enfermedades neurodegenerativas e integrará la investigación y las plataformas de medicina genética de Lilly con el objetivo de promover nuevos medicamentos prometedores desde el laboratorio hasta los estudios clínicos y, en última instancia, hasta los pacientes," ha señalado Franz Hefti, CEO de Prevail Therapeutics de Lilly y codirector del Instituto. "Esperamos trabajar con cientos de científicos e investigadores que comparten un objetivo común: crear y desarrollar medicamentos genéticos innovadores que mejoren la vida de las personas en todo el mundo."

Está previsto que el Instituto tenga su sede en un edificio del distrito del Puerto de Boston y que esté operativo hacia 2024.

Estas instalaciones también incluirán un espacio compartido – siguiendo el modelo de Lilly Gateway Labs en San Francisco - para apoyar a startups biotecnológicas de Boston. Este espacio compartido dispondrá de laboratorio y oficinas, además de acceso a los científicos de Lilly y oportunidades de colaboración. Se espera que estas empresas creen hasta 150 nuevos puestos de trabajo una vez que el espacio esté completamente ocupado.

Se presenta la “Guía de Alimentación y Hábitos de Vida para el Paciente Oncológico”, elaborada por la Cátedra de Medicina Individualizada Molecular UAM-Merck y el Oncohealth Institute.

NO LLEVAR UNA CORRECTA ALIMENTACIÓN PUEDE RETRASAR Y DIFICULTAR LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

- La “Guía de Alimentación y Hábitos de Vida para el Paciente Oncológico” es la primera publicación de sus características realizada a partir de las preguntas planteadas en las consultas por los propios pacientes.
- El ejercicio físico está recomendado durante y después de los tratamientos del cáncer, independientemente de la edad y de la forma física de la persona que lo realiza.



“Un paciente oncológico que no lleva una correcta alimentación y que no incorpora la nutrición como un aspecto más del contexto global de su recuperación, de alguna forma está poniendo un lastre que puede retrasar y poner en dificultad su recuperación”. Así lo ha explicado el doctor Jesús García-Foncillas, director de la Cátedra de Medicina

*Individualizada Molecular UAM-Merck, durante la presentación de la “Guía de Alimentación y Hábitos de Vida para el Paciente Oncológico”, una iniciativa de la citada cátedra en colaboración con el Instituto Oncológico *Oncohealth Institute**

Isabel Sánchez Magro, Directora Médico de Merck en España afirmó que “este tipo de alianzas entre Merck y la Universidad permite llevar a cabo acciones cuyo foco principal son los profesionales sanitarios y los pacientes. Esta guía es un ejemplo claro de compromiso con los pacientes y permite dar respuesta a una necesidad manifiesta en las diferentes consultas de oncología y que estamos seguro de que ayudará a mejorar el bienestar de los pacientes y sus familiares”

En el abordaje del cáncer, “resulta fundamental considerar al paciente como un todo y tener en cuenta elementos como la alimentación, el ejercicio físico, el estado anímico o el entorno de quienes sufren la enfermedad. Si nos centramos únicamente en el paciente y no tenemos en cuenta todos estos elementos que son parte de la persona, no estaremos poniendo en la ecuación de la recuperación todos los valores que se debe”, señala García-Foncillas.

La Dr. Carolina Ortega (oncóloga) y la Lic. Cristina Cruces (nutricionista) son las autoras de esta guía, coordinada por el Dr. García-Foncillas y la Dra. Clotilde Vázquez, y es la primera publicación de sus características realizada a partir del contacto directo con las personas que conviven con el cáncer, con el fin de resolver las dudas que ellas mismas plantean en las consultas, pero además recoge cuestiones que en muchas ocasiones no se atreven a preguntar a sus doctores porque hacen referencia a bulos y *fake news*.

La alimentación, parte esencial en el tratamiento contra el cáncer

El cáncer fue, en 2020, la segunda causa de muerte en España. Así, según recoge la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 113.000 personas fallecieron ese año a causa de esta enfermedad, es decir, el 22,8% de las personas que murieron en España lo hicieron como consecuencia del cáncer. De acuerdo con esta misma sociedad científica, el número de cánceres diagnosticados en 2022 en nuestro país alcanzará los 280.100, con una mayor prevalencia de los de colon y recto, mama, pulmón, próstata y vejiga urinaria.

A menudo, los pacientes oncológicos presentan dificultades para poder alimentarse bien, efectos secundarios que pueden derivarse tanto del propio tumor como de los efectos secundarios de los tratamientos, como el estreñimiento, la diarrea, el reflujo, la alteración/disminución/pérdida del gusto, las náuseas y los vómitos, la sequedad oral, la mucositis, la disfagia o la pérdida/aumento de peso, entre otros. Esta guía recoge recomendaciones nutricionales y esquemas generales de menús, ya que mantener un adecuado estado nutricional es fundamental para tolerar mejor y completar los tratamientos prescritos, así como para tener una mayor calidad de vida.

“Un paciente oncológico con un buen estado nutricional va a tener mejor condición psicológica para sobrellevar el diagnóstico de cáncer y los tratamientos, mejor condición física para sobrellevar una cirugía mayor, mejor tolerancia al tratamiento, un sistema inmune más activo, una menor incidencia de complicaciones infecciosas durante el tratamiento y una menor proporción de ingresos hospitalarios. Además, va a tener un mejor estado funcional, una mejor calidad de vida y un mejor pronóstico de su enfermedad oncológica”, explica el **doctor García-Foncillas**, quien considera que una intervención nutricional precoz con un plan de tratamiento específico y personalizado constituye un pilar fundamental del tratamiento oncológico.

Un adecuado estado nutricional no solo es importante para la recuperación del paciente oncológico, sino que también puede **ayudar a reducir significativamente la incidencia de esta enfermedad**; se estima que entre un 30%-50% de todos los cánceres serían prevenibles mediante estilos de vida saludables y evitando la exposición a carcinógenos ocupacionales, contaminación ambiental y ciertas infecciones a largo plazo.

El ejercicio físico reduce el riesgo de padecer cáncer

La **“Guía de Alimentación y Hábitos de Vida para el Paciente Oncológico”** también presta especial atención a la práctica de ejercicio físico y a la importancia del soporte psicológico en el paciente oncológico. *“El ejercicio físico está recomendado durante y después de los tratamientos, siempre; adaptado a cada paciente en cuanto a impacto, intensidad y duración para conseguir el máximo beneficio con el menor riesgo”,* señala el director de la **Cátedra de Medicina Individualizada Molecular UAM-Merck**.

Finalmente, y en lo que a la importancia del soporte psicológico en el paciente oncológico se refiere, los autores de la guía destacan que el proceso emocional que acompaña a cualquier persona que padece cáncer consta de varias fases (shock, negación, enfado, aceptación o resignación, fundamentalmente) durante las cuales se experimentan diferentes emociones, que son normales y necesarias para pasar el proceso. “Si la gestión de las emociones no es la adecuada puede convertirse en un problema para la persona y para su entorno”. Por eso, el soporte psicológico pretende fomentar el autocuidado, aportando las habilidades y la información necesaria para que el paciente pueda afrontar las situaciones de manera adaptativa, gracias al control de las emociones negativas.

MÁS DE LA MITAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE TAMBIÉN PADECE ASMA

- **Ambas enfermedades tienen un gran impacto en su día a día y en el de sus familias, sobre todo porque los menores que las padecen suelen experimentar síntomas persistentes e incontrolados**
- **El origen de la coexistencia entre las dos patologías se encuentra en la inflamación tipo 2, que puede responder de forma excesiva ante determinados factores y causar varias enfermedades atópicas, alérgicas e inflamatorias**

El asma y la dermatitis atópica (DA) afectan a más de 3 y 1,5 millones de personas en España, respectivamente. Se trata de enfermedades que tienen un impacto muy elevado en la calidad de vida de los pacientes y que, en muchos casos, pueden presentarse de forma simultánea en una misma persona, condicionando todavía más su día a día.

Especialmente en el caso de los menores, para quienes convivir solo con una de las dos patologías ya puede tener consecuencias a nivel físico, emocional, social y psicológico, además de escolares.

Más del 50% de los niños de 6 a 11 con DA moderada-grave también tiene asma, y en el caso de los adolescentes este porcentaje puede oscilar entre el 49 y el 81%. La coexistencia de estas patologías en un mismo paciente no es casual. Los últimos avances científicos han demostrado que tanto la dermatitis atópica como un tipo de asma grave tienen como origen una respuesta excesiva de la inflamación tipo 2 del sistema inmunitario ante alérgenos u otros factores desencadenantes.

El impacto de la DA y el asma en la vida diaria

La dermatitis atópica, cuyos síntomas pueden ser persistentes e incontrolados puede afectar a distintos ámbitos de la vida de los niños y adolescentes que la padecen. Especialmente debido al picor intenso o prurito.

Por ejemplo, muchos reducen su interacción social y experimentan dificultades para dormir, así como síntomas de depresión y ansiedad; unas consecuencias que, a su vez, pueden afectar también en su rendimiento escolar. En este sentido, se calcula que los adolescentes con DA moderada-grave pierden entre 8 y 12 días de escuela cada cuatro semanas, y el 39% de los jóvenes de 14 a 17 años ha reconocido haber sido víctima de bullying o acoso debido a la enfermedad.

Las familias y el entorno también se ven seriamente afectados: Las familias pueden pasar hasta 12 horas a la semana cuidando a sus niños con DA y hasta un 73% de los familiares y/o cuidadores faltan al menos un día al trabajo cada cuatro semanas.

Además, la falta de sueño o la incapacidad para realizar las tareas domésticas comporta un impacto negativo en la dinámica familiar y el 36% presentan síntomas de ansiedad y/o depresión.

El asma, por su parte, se estima que afecta aproximadamente al 4,9% de la población adulta en España y a alrededor del 10% de los niños siendo considerada la segunda enfermedad más prevalente en adolescentes, solo por detrás de la obesidad. En lo que se refiere al asma grave, la patología puede tener un gran impacto social y personal en el día a día de adultos y adolescentes debido, principalmente, al alto riesgo de exacerbaciones e ingresos hospitalarios.

Concretamente en los jóvenes de 12 a 17 años, la enfermedad puede hacer que se sientan avergonzados, cohibidos o inseguros; sobre todo por como los síntomas puede interferirles en el sueño, la escuela, la esfera social o las actividades deportivas. La enfermedad supone, pues, una dificultad añadida a una etapa de la vida ya complicada de por sí, pudiendo tener efectos sobre su capacidad de independencia, el desarrollo de su imagen corporal, la maduración de su personalidad, la búsqueda de su propia identidad e incluso en la relación con el grupo de amigos.

Asimismo, pueden infravalorar la gravedad de su asma y tener un mayor riesgo de depresión, aislamiento y ansiedad. Una carga que también se extiende a su entorno, por la preocupación y ansiedad que sienten y por los días de trabajo perdidos.

A todo ello hay que sumar el tratamiento habitual continuado tanto del asma como de la DA moderada-grave puede suponer una carga significativa para la vida diaria de los menores y de sus familiares.

Entendiendo la conexión entre el asma y la DA

El desconocimiento de la conexión que existe entre estas enfermedades dificulta, a menudo, su diagnóstico y tratamiento.

Según diversos estudios científicos, la inflamación tipo 2 presente en nuestro sistema inmunitario puede responder de forma excesiva ante alérgenos u otros factores desencadenantes y esta respuesta puede jugar un papel determinante en enfermedades inflamatorias como la dermatitis atópica y el asma; así como para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN), la esofagitis eosinofílica (EEo) o algunas alergias alimentarias. Además, este origen común también se considera la razón por la que las personas con una enfermedad inflamatoria tipo 2 tienen más riesgo de convivir con otra patología de la misma clase.

Por ejemplo, hasta el 35% de las personas con asma grave también tiene DA y hasta el 50% de las personas con DA también asma. En lo que se refiere a los niños, más del 85% de los afectados por una dermatitis atópica también sufren otra enfermedad inflamatoria tipo 2, conviviendo con asma más de la mitad⁸. Este porcentaje aumenta hasta el 93% en los adolescentes con DA moderada-grave, de los cuales hasta un 81% también tiene asma.

Ante este escenario, recientemente se ha anunciado la financiación en España de un innovador tratamiento biológico que actúa sobre los desencadenantes de la inflamación tipo 2. Se trata de dupilumab, del cual podrán beneficiarse niños a partir de 6 años y adolescentes con dermatitis atópica grave, así como jóvenes desde los 12 años y adultos con asma grave con inflamación de tipo 2. Esto permitirá que muchos menores en nuestro país con dermatitis atópica y asma no controladas puedan acceder a un tratamiento biológico efectivo y seguro. Además, desde 2019, el tratamiento se comercializa en España para DA grave en adultos.

CHIESI CREA UN GRUPO DE TRABAJO CON EXPERTOS CON EL OBJETIVO DE CONCIENCIAR Y BUSCAR SOLUCIONES PARA MEJORAR LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA

- **El 50% de los pacientes crónicos de asma, EPOC, trasplante y enfermedades raras no logran realizar el tratamiento prescrito correctamente, lo que se asocia a una disminución de la calidad y esperanza de vida y a un mayor gasto sanitario**
- **Bajo el lema #Elretoquenosune, la compañía quiere impulsar medidas que ayuden a revertir esta situación, situándola en el centro del debate sanitario**
- **En el marco de esta campaña, se difundirán vídeos testimoniales, se reunirá a profesionales sanitarios y representantes de la Administración en una mesa redonda y se realizará un webinar formativo organizado junto con la Cátedra INSPIRA-UAB**

Como laboratorio comprometido con la mejora de la adhesión terapéutica y la consecuente mejora de la calidad de vida de los pacientes, Chiesi ha creado AdheForum, para concienciar sobre la importancia de la adhesión terapéutica en los pacientes crónicos y tratar de buscar soluciones para mejorarla. Se estima que un 50% no consiguen llevar a cabo correctamente el tratamiento prescrito, lo que se asocia a una disminución de la calidad y esperanza de vida y a un mayor gasto sanitario. La iniciativa se dirige a cuatro áreas terapéuticas: las personas con asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), dos de las enfermedades respiratorias crónicas más prevalentes, así como a pacientes trasplantados y pacientes con cistinosis nefropática, una enfermedad ultrarara crónica y con una elevada carga de tratamiento para el paciente.

Bajo el lema #Elretoquenosune y en colaboración con distintas asociaciones de pacientes, la compañía recuerda que “para Chiesi, los pacientes están situados en el centro de todas nuestras estrategias y es por ello por lo que estamos muy comprometidos con impulsar esta serie de medidas, que ayuden a mejorar la adhesión en los tratamientos. Además, mejorar la adhesión al tratamiento también significa mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario”, explica Dolors Querol, directora de Medical and Technical Affairs de Chiesi España. Continúa, “se ha visto que una de las razones principales por las que un paciente no tiene una correcta adhesión a un tratamiento es debido a la complejidad en la administración del medicamento. Por ello, una de las vías en las que debemos trabajar es en encontrar tratamientos que simplifiquen al paciente el día a día de su enfermedad”.

El objetivo de la campaña es triple. En primer lugar, persigue poner de manifiesto la problemática para concienciar sobre la importancia de seguir el tratamiento correctamente.

En segundo lugar, busca activar la conversación con los diferentes agentes para identificar los retos que presenta la adhesión terapéutica a nivel multidisciplinar. Finalmente, se quiere actuar para impulsar un cambio que impacte en la calidad de vida de los pacientes. La falta de adhesión repercute en un aumento de las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias, con el consiguiente incremento del gasto sanitario. Se estima que la falta de adhesión implica un gasto económico de hasta 11.250 millones de euros para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

“En el caso de los pacientes respiratorios, es clave que crean firmemente en la necesidad del tratamiento y que mantengan el tratamiento prescrito tanto en episodios sintomáticos como asintomáticos para evitar complicaciones graves”, advierte el Dr. Vicente Plaza, Jefe del Servicio de Neumología del Hospital San Pau i Santa Creu. En referencia a las personas que padecen cistinosis nefropática, la Dra. Gema Ariceta, jefe del Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, explica que “el cumplimiento terapéutico, que suele ser adecuado en el niño, tiende a disminuir en el adolescente y en el adulto, lo que condiciona la morbilidad y el pronóstico vital”.

Seguir el tratamiento prescrito y utilizar correctamente el dispositivo inhalador contribuye a que las consecuencias de la enfermedad sean más leves. Se calcula que una correcta adhesión terapéutica permitiría ahorrar un 47% los gastos económicos del SNS y optimizar las visitas al clínico fomentando una mayor sostenibilidad del sistema de salud (el 30% de los profesionales sanitarios reconoce que no controla el grado de adhesión de sus pacientes por falta de tiempo y recursos).

Primeras acciones de Adheforum

La primera acción impulsada por Chiesi y el grupo de experto AdheForum es la realización el próximo día 22 de febrero de una mesa redonda en colaboración con la agencia Europa Press. Profesionales sanitarios y representantes de la Administración y de Chiesi se reunirán para activar la conversación sobre los retos que presenta la adhesión terapéutica desde una perspectiva multidisciplinar. El 22 de marzo tendrá lugar el webinar “Adhesión terapéutica. Un viejo problema, nuevas propuestas”, un proyecto docente diseñado para formar al profesional sanitario en las novedades relacionadas con el tema de referencia. El evento es organizado por la Cátedra INSPIRA-UAB con el patrocinio de Chiesi y la Fundació Catalana de Pneumologia (FUCAP).

También se difundirán una serie de vídeos testimoniales, en los que pacientes y profesionales sanitarios dan a conocer la problemática y las herramientas para combatirla. Una de las principales causas de la falta de adhesión terapéutica es la información insuficiente sobre los beneficios del cumplimiento terapéutico. “Es importante promover la formación y la participación de los pacientes en el manejo de su tratamiento y en esto juega un papel clave la comunicación clínico - paciente”, indica Mar Gomis, del Servicio de Farmacia del Hospital de Sant Pau.

Estas iniciativas forman parte del compromiso de Chiesi como compañía BCorp con la promoción de acciones que impacten positivamente tanto en la sociedad y el planeta como en la compañía, de acuerdo con el modelo de Valor Compartido de Chiesi.



SANIFAX

**SECCIÓN ESPECIAL
CON TODO LO
RELACIONADO CON
EL COVID-19**

VIERNES 25 DE FEBRERO DE 2022

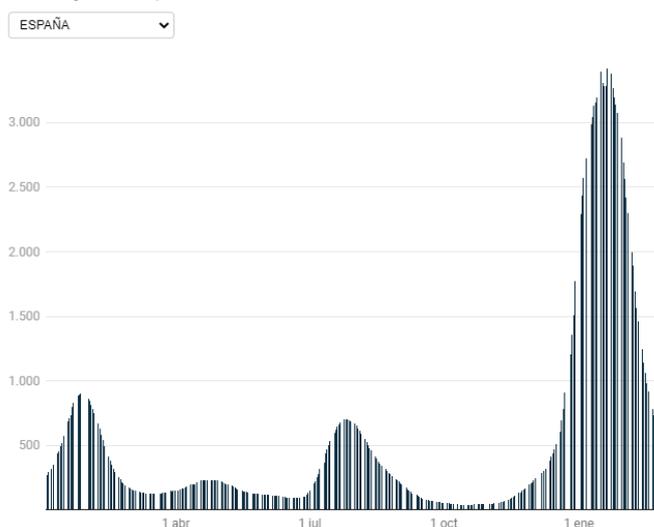
La ocupación hospitalaria se sitúa en 6,27%

LA INCIDENCIA SIGUE SU CAÍDA, A 649, CON 35.892 NUEVOS CONTAGIOS Y 226 MUERTES NOTIFICADAS

- La sexta ola de la pandemia del covid-19 sigue consolidando su retroceso y la ocupación de camas de UCI se mantiene en torno al 11,95%

Incidencia acumulada de casos en los últimos 14 días

Casos diagnosticados por cada 100.000 habitantes desde el 1 de enero de 2021.



(Ana Rodríguez).- Los contagios por coronavirus y las hospitalizaciones seguían el pasado jueves su tendencia descendente. Los principales indicadores para medir la evolución de la pandemia han vuelto a los niveles previos a las Navidades. Precisamente, la tasa de incidencia acumulada se sitúa en los 648,87 puntos (676,65 el pasado miércoles). Sin embargo, las comunidades continúan registrando un alto número de fallecidos, 226 el pasado jueves, en parte debido a los retrasos en las notificaciones.

La tasa de letalidad se sitúa ya por debajo del uno por ciento (0,9%), según los últimos datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, que comunicó el pasado jueves un total de 35.892 nuevos contagios.

La presión hospitalaria que soportan las diferentes comunidades autónomas se mantiene en torno al 6,27%. La cifra de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos por esta enfermedad es de 1.112, del total de 7.824 personas hospitalizadas por el coronavirus en España. Además, se han notificado 675 ingresos en las últimas 24 horas y 1.112 altas. Mientras tanto, la tasa de positividad se encuentra en el 20,05%.

La cartera que dirige Carolina Darias ha notificado un total de 35.892 nuevos contagios y que hacen ascender los casos desde que el SARS-CoV-2 llegó a territorio nacional hasta los 10.949.997. Andalucía es la comunidad autónoma que más casos nuevos ha registrado desde el último informe (9.274), seguida de Cataluña con 7.313, seguida de Madrid, con 4.688 y la Comunitat Valenciana, con 3.629.

Además, de los 35.892 nuevos casos comunicados, 621 han sido notificados en Aragón, 575 en Asturias, 482 en Baleares, 2.042 en Canarias, 243 en Cantabria, 1.061 en Castilla-La Mancha, 1.083 en Castilla y León, 27 en Ceuta, 443 en Extremadura, 1.781 en Galicia, 15 en Melilla, 1.277 en Murcia, 364 en Navarra, 799 en País Vasco y 175 en La Rioja.

Actualización nº 571. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 24.02.2022 (datos consolidados a las 14:30 horas del 24.02.2022)

SITUACIÓN EN ESPAÑA

El presente informe se ha realizado con los datos individualizados notificados por las CCAA a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (al sistema SiViEs). Se incluyen los casos notificados confirmados con una prueba diagnóstica positiva de infección activa (PDIA) tal como se establece en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#) y además los casos notificados antes del 11 de mayo que requirieron hospitalización, ingreso en UCI o fallecieron con diagnóstico clínico de COVID-19, de acuerdo a las definiciones de caso vigentes en cada momento. Cualquier futura actualización que realicen las CCAA quedarán reflejadas en los informes diarios. En España hasta el momento se han notificado un total de 10.949.997 casos confirmados de COVID-19 y 99.162 fallecidos. Los datos se pueden obtener [aquí](#).

Tabla 1. Casos de COVID-19 confirmados y fallecidos a 24.02.2022

CCAA	Casos totales	Casos nuevos notificados desde el último informe*	Casos diagnosticados en los últimos 14 días		Casos diagnosticados en los últimos 7 días		Casos fallecidos		
			Nº	IA**	Nº	IA**	Fallecidos totales	Con fecha de defunción en los últimos 7 días***	Letalidad global de la pandemia
Andalucía	1.335.619	9.274	35.462	418,56	12.987	153,29	12.687	72	0,9%
Aragón	394.705	621	9.655	727,99	3.716	280,19	4.801	51	1,2%
Asturias	192.892	575	7.515	742,74	3.054	301,84	2.445	21	1,3%
Baleares	252.670	482	7.043	600,42	2.523	215,09	1.207	4	0,5%
Canarias	285.147	2.042	14.134	650,45	8.696	400,19	1.572	22	0,6%
Cantabria	124.787	243	4.336	741,82	1.698	290,50	758	11	0,6%
Castilla La Mancha	468.143	1.061	8.187	399,45	2.714	132,42	7.061	19	1,5%
Castilla y León	648.196	1.083	17.287	725,39	6.635	278,41	8.194	35	1,3%
Cataluña	2.255.084	7.313	64.583	831,89	26.466	340,91	17.885	13	0,8%
Ceuta	18.787	27	454	543,60	198	237,08	144	0	0,8%
C. Valenciana	1.287.135	3.629	38.521	761,56	13.036	257,72	8.979	56	0,7%
Extremadura	233.383	443	8.585	810,29	3.234	305,24	2.223	17	1,0%
Galicia	522.913	1.781	28.552	1.059,19	10.949	406,17	3.077	19	0,6%
Madrid	1.582.389	4.688	29.405	435,55	10.768	159,50	17.299	48	1,1%
Melilla	20.169	15	276	319,96	105	121,72	147	0	0,7%
Murcia	369.139	1.277	13.985	920,98	5.528	364,05	2.148	21	0,6%
Navarra	222.202	364	4.671	706,08	1.846	279,05	1.490	8	0,7%
País Vasco	648.000	799	12.390	559,62	4.866	219,78	6.141	14	0,9%
La Rioja	88.637	175	2.426	758,61	1.078	337,09	904	1	1,0%
ESPAÑA	10.949.997	35.892	307.467	648,87	120.097	253,45	99.162	432	0,9%

* Los casos nuevos notificados diariamente corresponden a casos diagnosticados de días previos, no solo al día anterior.

** IA: Incidencia acumulada (casos diagnosticados/100.000 habitantes). Se utiliza como denominador para el cálculo de la IA las cifras oficiales de población del INE del padrón municipal a 01.01.2021

*** Debido a retrasos en la notificación de los casos fallecidos en algunas CCAA, estos datos no son comparables entre sí.

Figura 1. Casos diarios confirmados de COVID-19 en España desde el 01.12.2020 a 23.02.2022 (datos consolidados a las 14:30 horas del 24.02.2022).

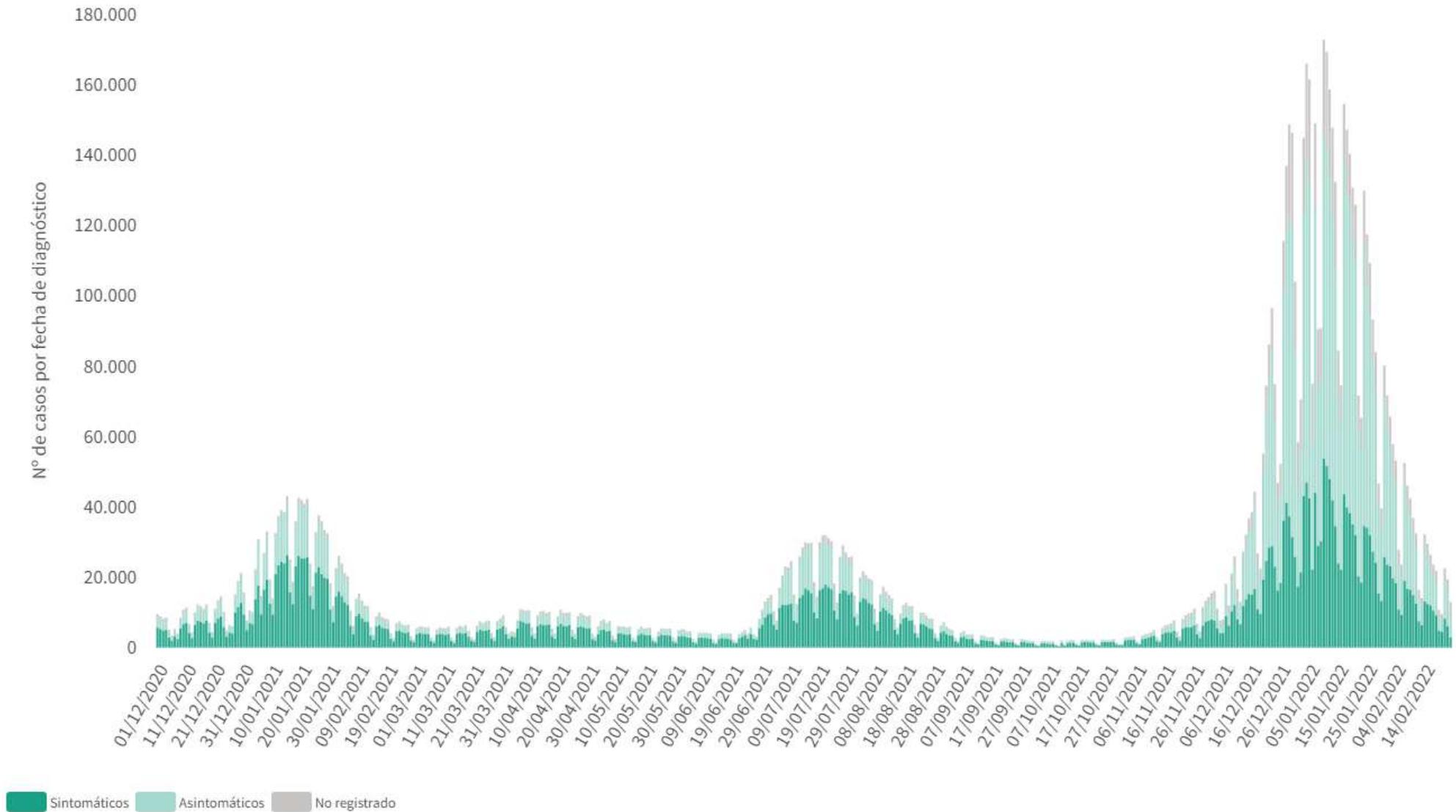
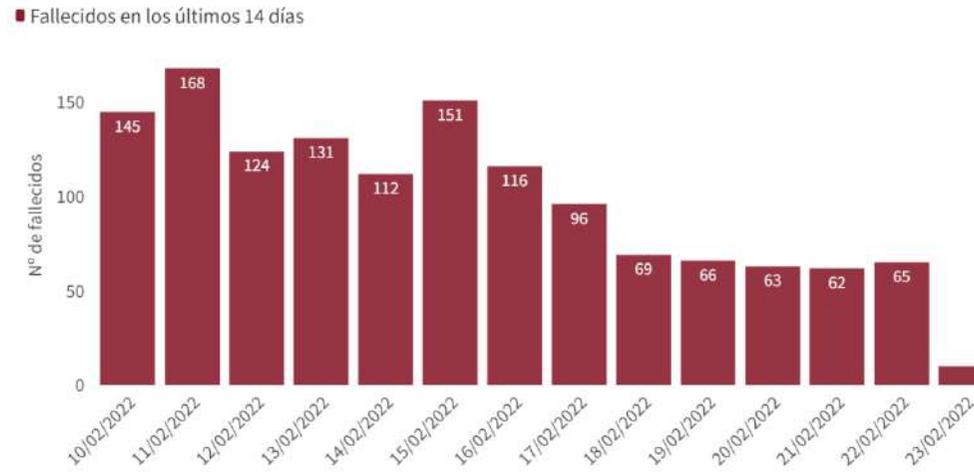
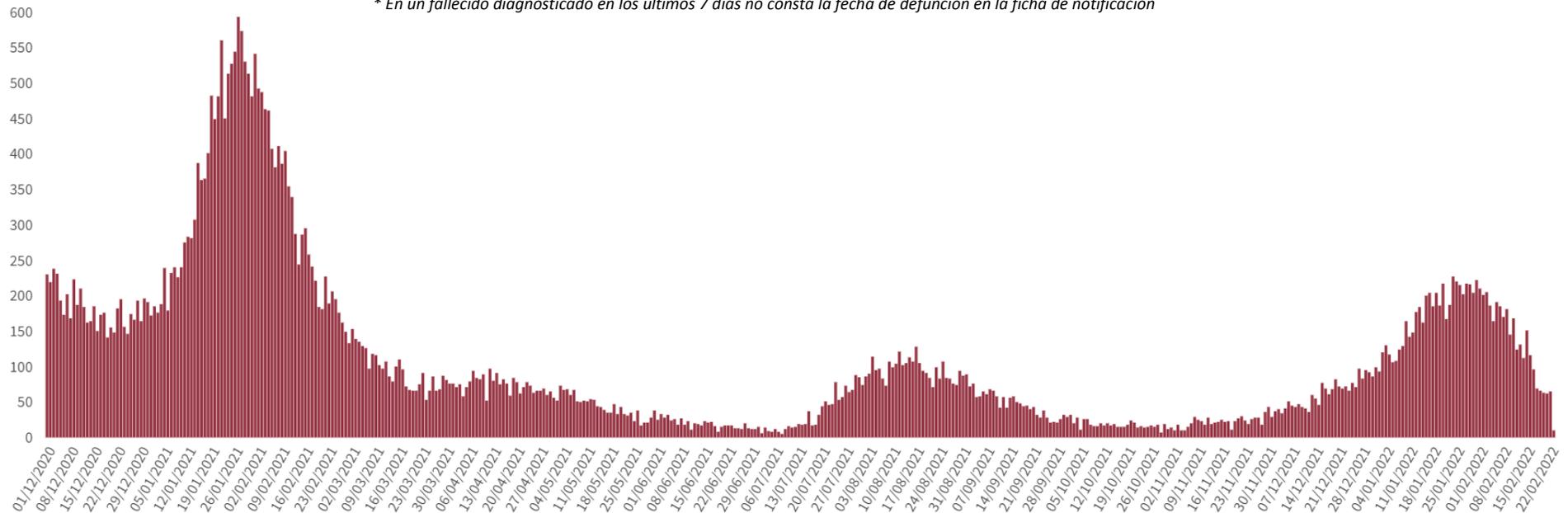


Figura 2. Número de fallecidos diarios por COVID-19 por fecha de defunción en España a 23.02.2022 (datos consolidados a las 14:30 horas del 24.02.2022)



* En un fallecido diagnosticado en los últimos 7 días no consta la fecha de defunción en la ficha de notificación



A continuación, se presenta la situación de la capacidad asistencia y actividad COVID-19 en los hospitales españoles. Para el análisis de los casos confirmados que han precisado ingreso, tanto hospitalario como específicamente en UCI, se puede consultar los datos disponibles [aquí](#).

Tabla 2. Situación capacidad asistencial y actividad Covid-19 en hospitales

CCAA	Total Pacientes COVID hospitalizados	Tasa de ocupación hospitalaria por 100.000 hab.	% Camas Ocupadas COVID	Número Pacientes COVID en UCI	Tasa de ocupación UCI por 100.000 hab.	% Camas Ocupadas UCI COVID	Ingresos COVID últimas 24h	Altas COVID últimas 24h
Andalucía	910	10,75	5,09%	128	1,51	7,02%	112	126
Aragón	266	20,01	6,31%	48	3,61	21,05%	21	47
Asturias	230	22,58	6,57%	22	2,16	7,41%	19	26
Baleares	246	21,00	7,06%	53	4,52	16,01%	14	29
Canarias	556	25,55	9,92%	69	3,17	14,29%	28	48
Cantabria	84	14,41	5,57%	11	1,89	9,32%	12	15
Castilla La Mancha	213	10,41	4,30%	35	1,71	9,92%	34	34
Castilla y León	417	17,41	6,08%	55	2,30	12,47%	34	45
Cataluña	1.846	23,73	7,45%	267	3,43	21,69%	153	274
Ceuta	7	8,31	3,65%	2	2,38	11,76%	0	0
C. Valenciana	672	13,29	6,00%	84	1,66	10,61%	61	144
Extremadura	95	8,93	3,13%	9	0,85	4,95%	9	8
Galicia	415	15,36	4,91%	22	0,81	2,95%	32	53
Madrid	1.192	17,58	6,93%	186	2,74	15,46%	83	154
Melilla	12	13,78	6,59%	1	1,15	5,88%	1	4
Murcia	254	16,81	6,12%	37	2,45	7,86%	19	41
Navarra	98	14,82	5,47%	13	1,97	12,04%	8	8
País Vasco	290	13,06	5,70%	66	2,97	15,83%	34	50
La Rioja	21	6,56	2,90%	4	1,25	8,16%	1	6
Total general	7.824	16,49	6,27%	1.112	2,34	11,95%	675	1.112

Fuente: Notificación de los hospitales al Ministerio de Sanidad

(1) Información referida al día 23/02/2022, con los últimos datos disponibles a las 15:00 del día 24 de Febrero de 2022

Nota: El criterio de cómputo incluye a pacientes que presentan clínica Covid que debe ser tratada en régimen de hospitalización, bien con infección confirmada bien pendiente de confirmar..

Puede acceder a los datos en abierto de la capacidad asistencial [aquí](#).

Tabla 3. Total de Pruebas diagnósticas realizadas del 14.02.2022 al 20.02.2022 (Datos provisionales con información actualizada a 24.02.2022)

CCAA	PCR	Test de antígeno	Total de pruebas	Tasa por 100.000 hab.	Positividad
Andalucía	56.597	43.966	100.563	1.195,15	24,97%
Aragón	8.037	6.701	14.738	1.117,12	26,12%
Asturias	17.028	4.508	21.536	2.105,59	21,47%
Baleares	11.838	11.075	22.913	1.993,37	19,93%
Canarias	18.160	16.523	34.683	1.610,62	18,52%
Cantabria	6.264	4.516	10.780	1.855,17	23,24%
Castilla La Mancha	10.001	14.620	24.621	1.211,15	23,22%
Castilla y León	17.511	19.259	36.770	1.532,37	20,13%
Cataluña	78.638	93.085	171.723	2.237,37	16,97%
Ceuta	292	895	1.187	1.400,14	29,15%
C. Valenciana	38.750	19.811	58.561	1.170,34	24,15%
Extremadura	7.165	15.624	22.789	2.134,38	22,64%
Galicia	30.576	24.049	54.625	2.023,52	19,19%
Madrid	52.187	64.600	116.787	1.752,67	16,67%
Melilla	413	663	1.076	1.244,12	10,22%
Murcia	11.517	17.910	29.427	1.969,81	19,62%
Navarra	4.404	6.346	10.750	1.643,19	20,29%
País Vasco	19.388	12.932	32.320	1.463,92	19,76%
La Rioja	492	5.159	5.651	1.783,79	22,51%
ESPAÑA	389.258	382.242	771.500	1.640,57	20,05%

Puede acceder a los datos en abierto de las pruebas realizadas [aquí](#).

Figura 3. Casos diarios confirmados de COVID-19 por fecha de diagnóstico desde el 15.06.2021 por Comunidades Autónomas, a 23.02.2022 (datos consolidados a las 14:30 horas del 24.02.2022).

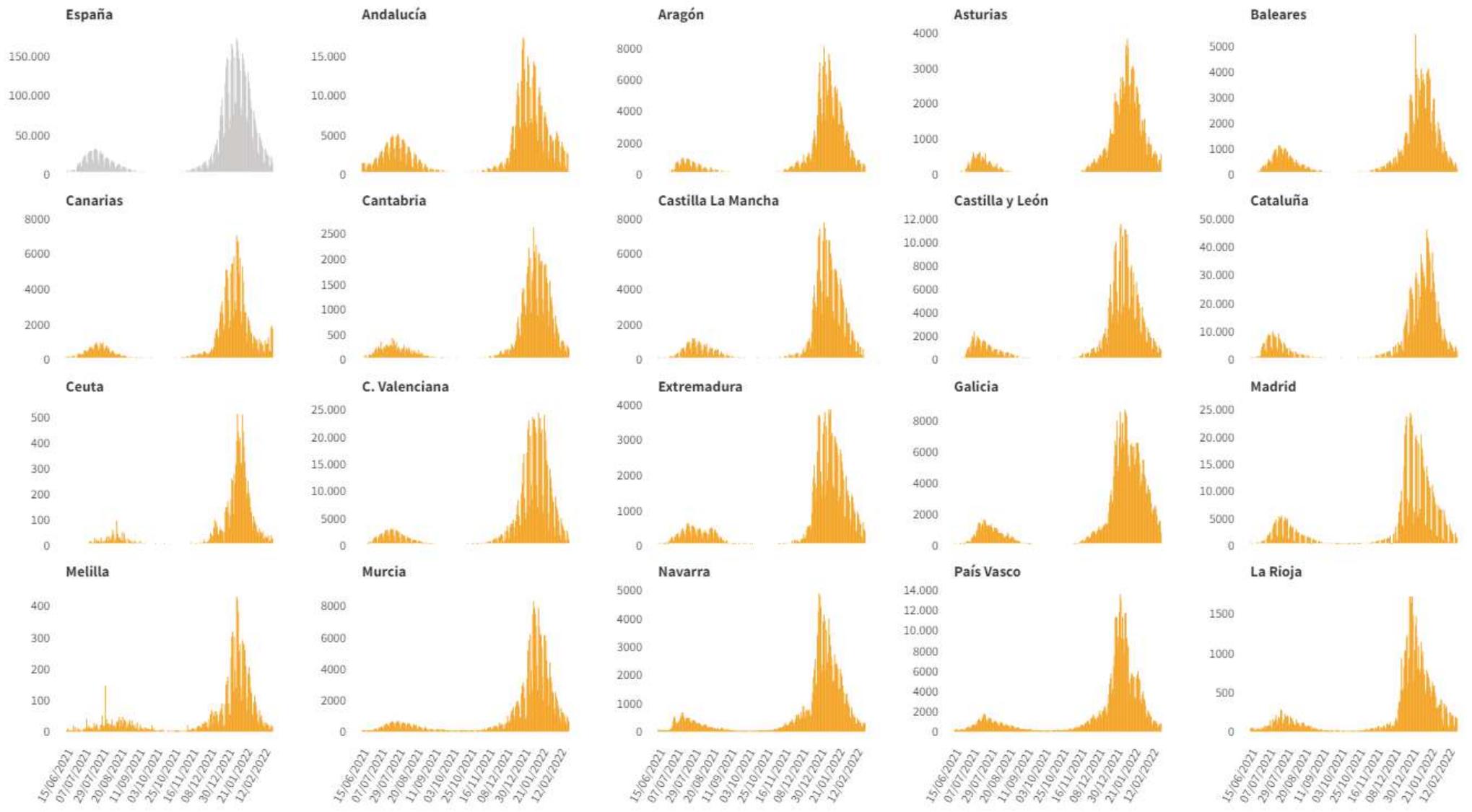
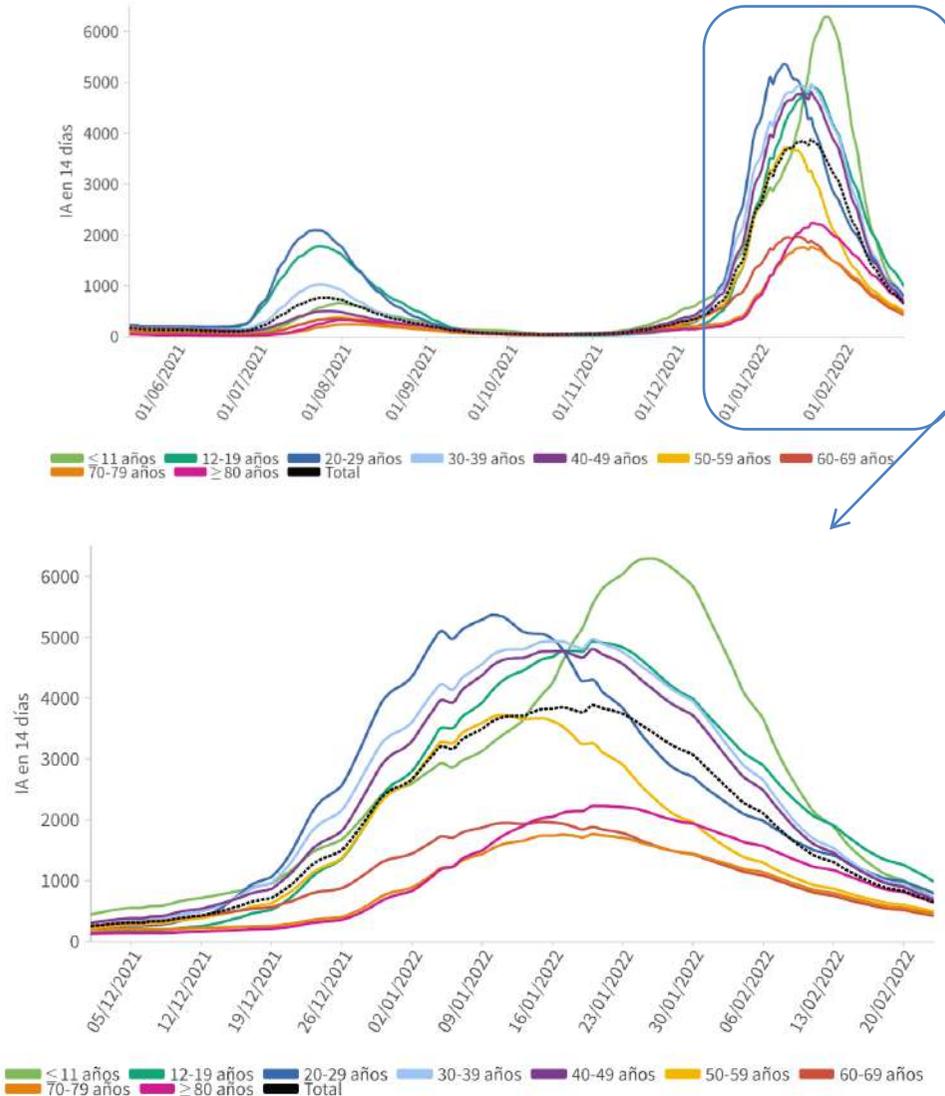


Figura 4. Evolución de la incidencia acumulada en 14 días por grupos de edad en España, a 23.02.2022.

Tabla 4. Incidencia acumulada en 14 días por grupos de edad en España y por Comunidades Autónomas, a 23.02.2022 (datos consolidados a las 14:30 horas del 24.02.2022).



CCAA	≤ 11 años	12-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	70-79 años	≥ 80 años
Andalucía	348,36	374,36	483,56	596,62	537,72	326,94	256,64	289,96	501,02
Aragón	815,34	1.116,40	998,57	758,93	703,06	529,20	541,63	527,70	772,42
Asturias	902,85	1.292,52	784,03	763,82	752,34	568,51	528,47	594,71	981,51
Baleares	667,16	783,41	515,01	632,28	670,84	488,64	421,39	530,50	816,59
Canarias	931,71	823,50	797,75	771,97	670,05	456,91	406,31	446,62	558,08
Cantabria	1.244,13	1.309,31	843,86	796,44	799,72	444,95	426,30	481,80	685,33
Castilla La Mancha	577,52	597,45	398,34	431,41	398,29	260,41	303,94	308,62	366,59
Castilla y León	1.019,48	1.319,86	1.026,64	714,12	696,90	518,58	492,23	496,88	720,62
Cataluña	834,70	1.610,90	1.132,99	814,90	824,41	629,57	513,72	534,00	694,00
Ceuta	376,84	613,30	862,07	579,74	627,83	485,65	376,62	371,49	265,35
C. Valenciana	972,38	1.296,86	993,07	825,05	770,01	523,02	460,22	487,05	650,51
Extremadura	1.100,65	1.500,33	920,92	805,81	762,19	545,96	523,60	572,61	919,53
Galicia	1.740,12	2.220,64	1.102,80	973,86	1.077,97	796,49	668,00	729,33	949,76
Madrid	372,69	427,86	562,93	545,24	534,04	393,02	280,44	259,24	406,14
Melilla	168,02	258,26	300,98	435,49	341,10	313,96	366,79	640,85	341,44
Murcia	990,99	1.510,17	1.193,82	972,80	862,80	702,04	658,59	586,96	650,51
Navarra	795,88	1.047,41	732,35	751,45	703,04	514,53	527,77	679,31	758,26
País Vasco	419,04	353,27	620,38	763,93	734,39	540,68	352,62	528,62	644,32
La Rioja	972,15	1.170,33	809,97	874,38	749,04	452,14	521,08	620,11	944,67
ESPAÑA	720,72	983,57	792,55	713,30	691,72	492,24	421,51	457,58	645,45

Los grupos de edad corresponden con los mismos de los que se hace seguimiento de la cobertura de vacunación

Figura 5. Evolución de la incidencia acumulada en 14 días por grupos de edad desde el 01.12.2021 por Comunidades Autónomas, a 23.02.2022.

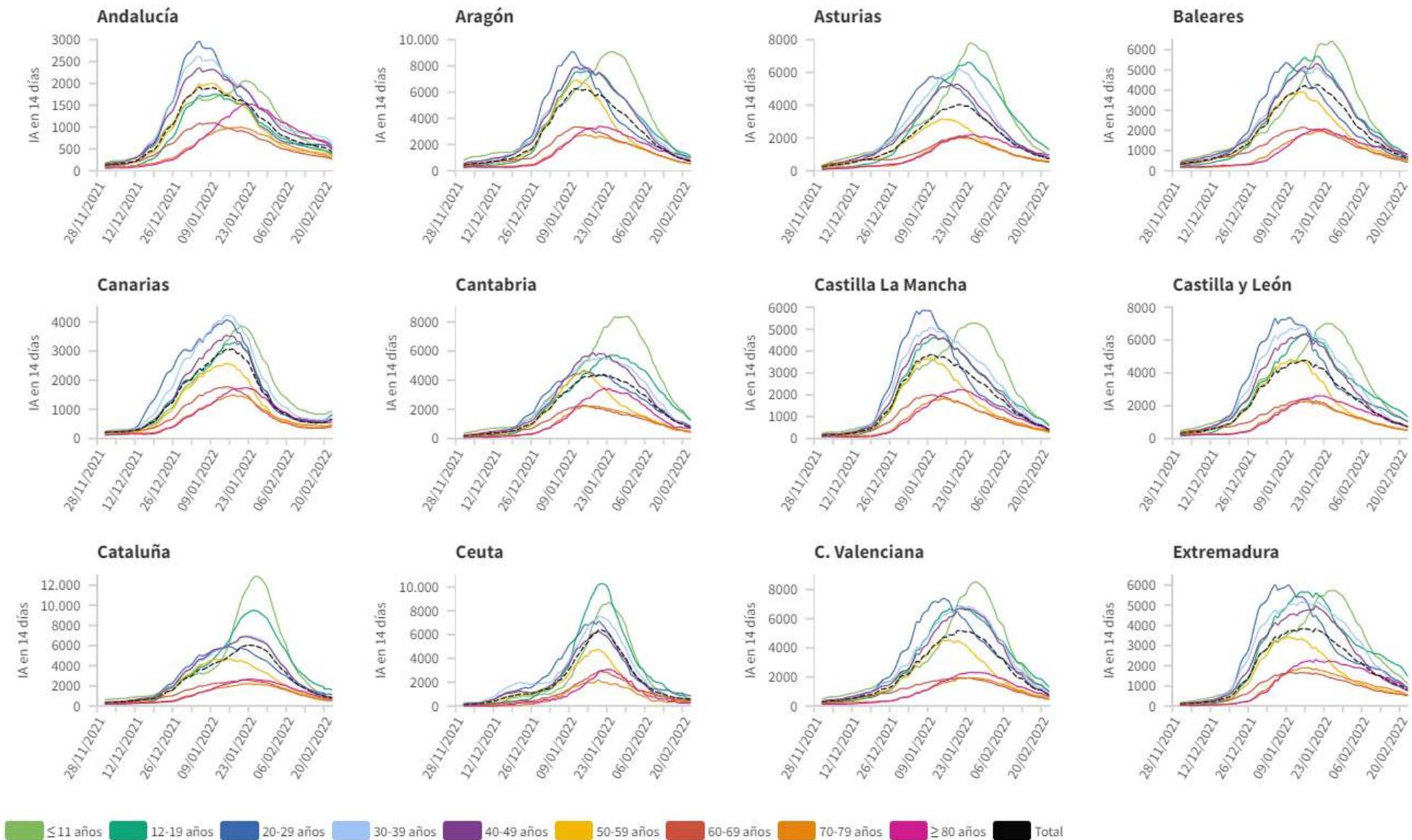
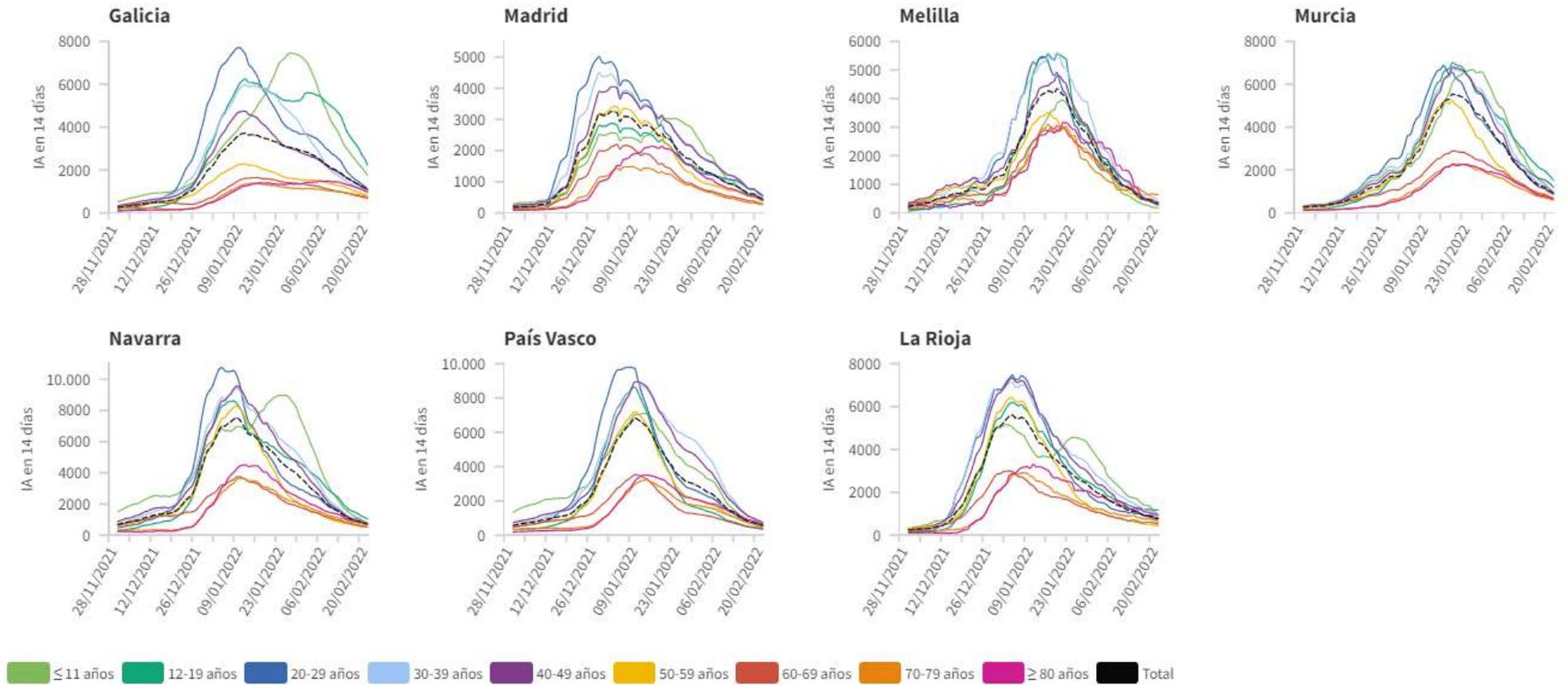


Figura 5(cont.). Incidencia acumulada en 14 días por grupos de edad desde el 01.12.2021 por Comunidades Autónomas, a 23.02.2022.



Los grupos de edad corresponden con los mismos de los que se hace seguimiento de la cobertura de vacunación

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE VACUNACIÓN DE LOS CASOS NOTIFICADOS EN SiViEs

El análisis del estado de vacunación incluye los casos autóctonos confirmados mediante PCR o prueba de antígenos en población diana de la vacunación (12 o más años) notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (al sistema SiViEs). Se han incluido 16 Comunidades y Ciudades Autónomas que notifican información exhaustiva sobre el estado de vacunación de los casos a SiViEs (más del 99,7% de los casos con información completa). Se analizan los casos por un periodo de 8 semanas, con fecha de cierre el 13 de febrero de 2022 para permitir la evolución de los casos, ya que las tasas de hospitalización, UCI y fallecimiento se calculan según la fecha de inicio de síntomas o, en su ausencia, fecha de diagnóstico. En todo caso, las cifras utilizadas para realizar este informe son provisionales y de la última semana podrían sufrir variaciones. Los denominadores para la estimación de tasas de incidencia en completamente vacunados se han obtenido del Registro de Vacunación COVID-19 (REGVACU) y para los no vacunados, de la diferencia entre la población vacunada con alguna dosis y la población total (población INE a enero 2020 o población total en REGVACU, si ésta es superior). No se excluyen personas con infección previa.

U/na persona se considera **completamente vacunada** 7 días después de recibir una segunda dosis de Comirnaty (Pfizer/BioNTech) o 14 días después de la segunda dosis de Vaxzevria (Oxford/AstraZeneca) o Moderna y si entre la primera y la segunda dosis ha habido un intervalo mínimo de 19 días si la primera dosis fue de Comirnaty, de 21 días si fue de Vaxzevria o de 25 días si fue de Moderna. También se considera completamente vacunada una persona 14 días después de recibir una dosis de vacuna de Janssen y las de 65 años o menos que tras pasar la enfermedad han recibido una dosis de cualquier vacuna con un intervalo mínimo igual al establecido para las segundas dosis.

Principales conclusiones

Entre el 20 de diciembre de 2021 y el 13 de febrero de 2022, la incidencia en personas completamente vacunadas es muy inferior a la observada en no vacunadas. La mayor diferencia se observa en personas mayores de 60 años. En el grupo de 60 a 79 años, hay un riesgo de infección en no vacunados 15,7 veces mayor, de hospitalización 22,06 veces mayor, de ingreso en UCI 41 veces mayor y de fallecimiento 27,03 veces mayor respecto a los vacunados. En el grupo mayor de 80 años, un riesgo de infección en no vacunados 9 veces mayor, de hospitalización 8,7 veces mayor, de ingreso en UCI 10,7 veces mayor y de fallecimiento 13,89 veces mayor respecto a los vacunados.

Tabla 5. Número de casos y tasa de incidencia semanal según estado de vacunación. Datos entre el 20/12/2021 y el 13/02/2022. Población a partir de 12 años de 16 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos.

Semana epidemiológica	Casos con información de vacunación*	Casos con vacunación completa		Casos no vacunados**	
		Nº	Tasa semanal***	Nº	Tasa semanal***
20.12 – 26.12	422.745	322.561	927,49	75.308	2.115,67
27.12 – 02.01	656.902	469.889	1.347,64	142.392	4.092,22
03.12 – 09.01	738.850	527.830	1.510,29	160.736	4.691,71
10.01 – 16.01	698.831	522.414	1.491,79	122.307	3.631,70
16.01 – 23.01	584.344	451.036	1.285,42	90.385	2.727,90
24.01 – 30.01	435.117	339.907	966,58	62.513	1.910,74
31.01 – 06.02	280.705	208.909	592,88	52.095	1.607,50
07.02 – 13.02	177.001	130.513	369,83	34.355	1.068,00
Total	3.994.495	2.973.059	1.060,31	740.091	2.753,79

* Casos clasificados según fecha de inicio de síntomas o, en su ausencia, fecha de diagnóstico de la infección.

** Se excluyen las personas con pautas de vacunación incompletas, es decir, aquellas que habiendo recibido alguna dosis de vacuna no cumplen los criterios de vacunación completa

*** Estimación de la Tasa semanal por 100.000 personas, tomando como numerador el total de casos en cada categoría de vacunación notificados esa semana a la RENAVE y, como denominador, el número medio de personas en similares categorías a lo largo de esa semana, según el Registro de vacunación y la población del INE a enero de 2021.

Tabla 6. Gravedad de los casos y tasa de incidencia media semanal por grupo de edad, según estado de vacunación. Datos entre el 20/12/2021 y el 13/02/2022. Población a partir de 12 años de 16 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos.

Edad	Gravedad del caso*	Casos con información de vacunación	Casos con vacunación completa		Casos no vacunados**	
			Nº	Tasa semanal***	Nº	Tasa semanal***
12 - 29	Total	1.076.392	772.678	1416,24	219.293	2516,38
	Hospitalizados	3.631	2.177	3,99	1.102	12,65
	UCI	124	65	0,12	49	0,56
	Fallecidos	15	7	0,01	8	0,09
30 - 59	Total	2.306.982	1.718.451	1256,28	419.107	2504,05
	Hospitalizados	14.708	9.541	6,97	4.107	24,54
	UCI	1.070	569	0,42	441	2,63
	Fallecidos	447	299	0,22	130	0,78
60 - 79	Total	454.287	352.098	520,49	78.652	8193,46
	Hospitalizados	16.599	12.142	17,95	3.802	396,07
	UCI	1.739	1.062	1,57	618	64,38
	Fallecidos	2.087	1.457	2,15	558	58,13
≥ 80	Total	156.834	129.832	606,71	23.039	5484,63
	Hospitalizados	17.268	14.402	67,3	2.459	585,39
	UCI	281	224	1,05	47	11,19
	Fallecidos	4.664	3.588	16,77	979	233,06

* Las categorías no son mutuamente excluyentes, clasificados según fecha de inicio de síntomas o, en su ausencia, fecha de diagnóstico de la infección.

** Se excluyen las personas con pautas de vacunación incompletas, es decir, aquellas que habiendo recibido alguna dosis de vacuna no cumplen los criterios de vacunación completa

*** Estimación de la Tasa semanal media a lo largo del periodo por 100.000 personas, tomando como numerador el total de casos de cada nivel de gravedad en cada categoría de vacunación notificados esa semana a la RENAVE y, como denominador, el número medio de personas en similares categorías a lo largo del periodo, según el Registro de vacunación y la población del INE a enero de 2021.

Figura 6. Tasa de incidencia media semanal por grupo de edad, según estado de vacunación. Datos entre el 20/12/2021 y el 13/02/2022. Población a partir de 12 años de 16 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos (datos de la tabla 6).

Vacunados No vacunados

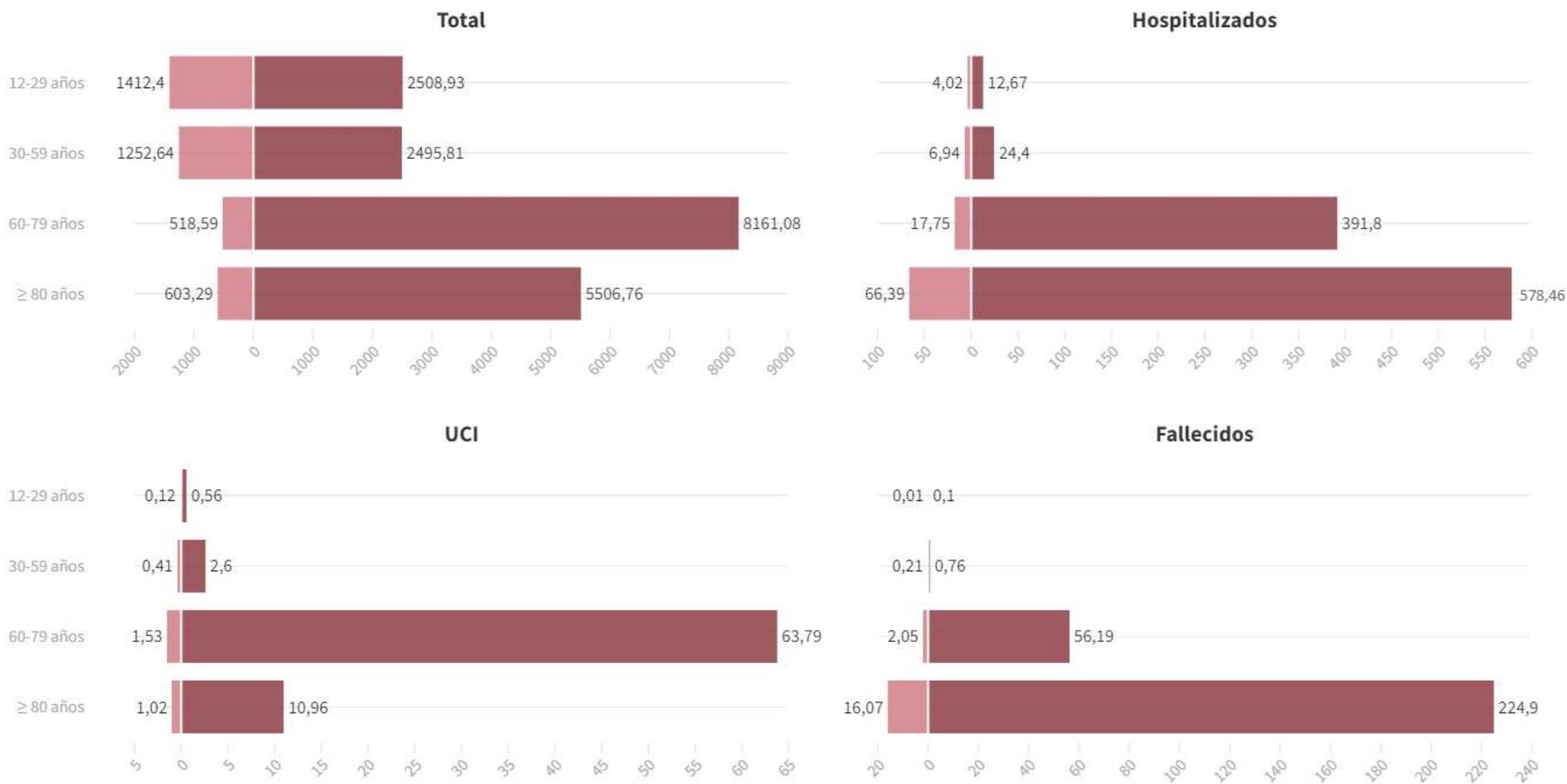
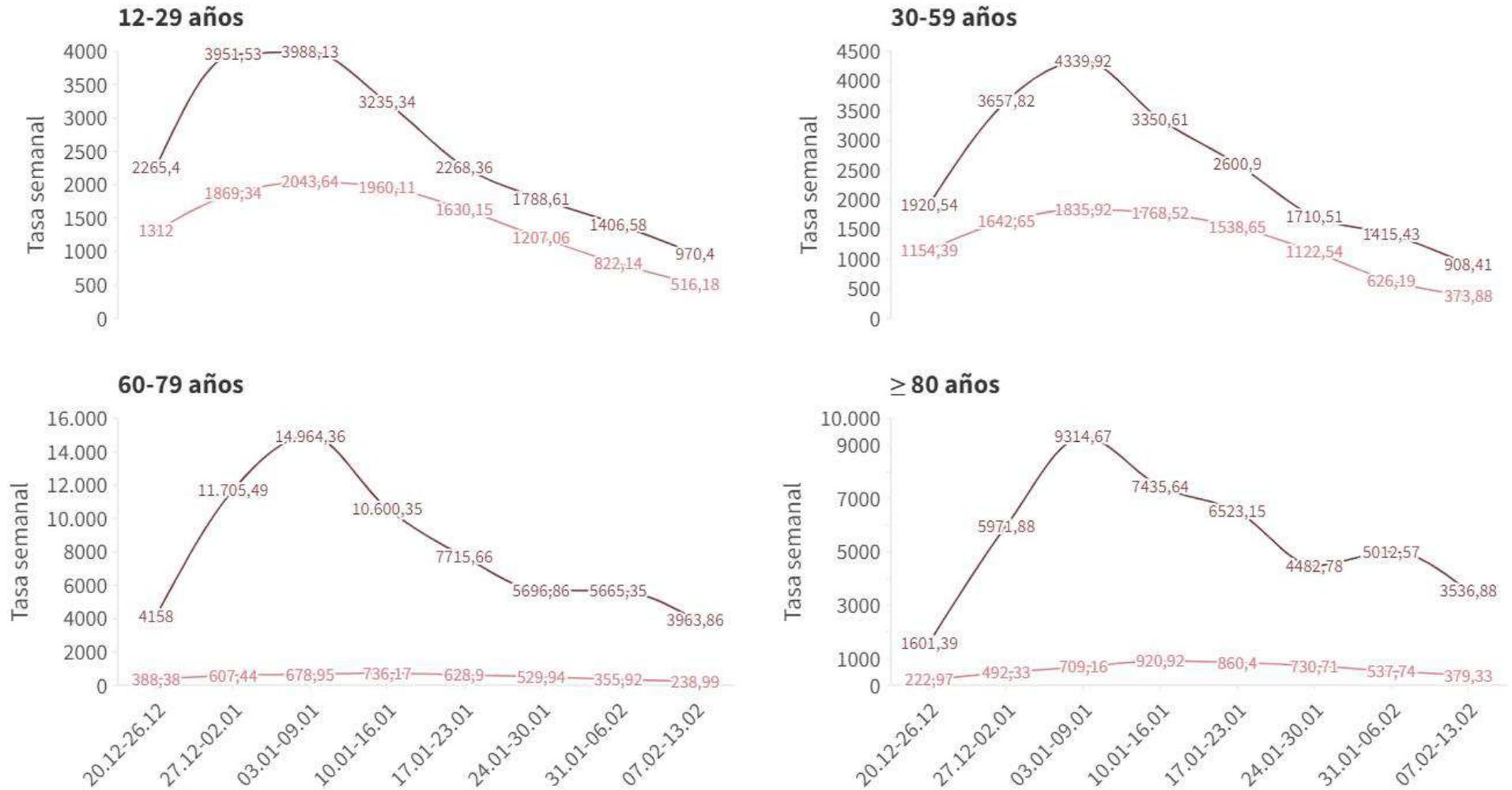


Figura 7. Tasa de incidencia media semanal por grupo de edad, según estado de vacunación. Datos entre el 20/12/2021 y el 13/02/2022. Población a partir de 12 años de 16 comunidades o ciudades autónomas con suficiente información sobre el estado de vacunación de los casos

■ Vacunados ■ No vacunados



SITUACIÓN INTERNACIONAL (datos consultados hasta las 14:00 horas del 24.02.2022)

Situación en Europa: Hasta el día de hoy se han notificado al menos 168.933.922 casos confirmados. En la tabla 7 se presentan los datos epidemiológicos detallados de los países de Europa con más casos confirmados.

Tabla 7. Detalles de los países con más casos confirmados u otros países de interés de Europa. ^{1,2}

	Casos confirmados	Nuevos desde el día de ayer*	Incremento promedio en los últimos 7 días	Incidencia Acumulada 100.000 hab. 14 días	Fallecidos	Nuevos desde el día de ayer*	Letalidad
Francia	21.746.293	95.880	0,33%	1.919,5	134.231	273	0,6%
Reino Unido	18.695.452	40.876	0,23%	1.137,8	160.815	205	0,9%
Rusia	15.795.570	137.642	1,07%	1.682,9	347.816	785	2,2%
Alemania	13.971.947	209.052	1,26%	2.946,6	121.902	299	0,9%
Turquía	13.674.690	86.070	0,64%	1.470,4	92.990	271	0,7%
Italia	12.554.596	60.137	0,40%	1.331,2	153.512	322	1,2%
Países Bajos	6.153.207	34.665	0,74%	4.613,8	21.507	18	0,3%
Polonia	5.602.680	20.463	0,35%	906,0	110.517	360	2,0%
Ucrania	4.783.835	25.062	0,55%	961,9	105.229	297	2,2%
Chequia	3.538.222	14.353	0,36%	2.155,2	38.403	68	1,1%
Bélgica	3.520.568	8.356	0,25%	1.359,8	30.040	25	0,9%
Portugal	3.206.281	13.103	0,43%	2.355,1	20.894	28	0,7%
Suiza	2.700.151	15.022	0,56%	2.907,3	12.588	14	0,5%
Rumanía	2.686.089	14.775	0,49%	1.204,2	62.839	215	2,3%

¹ Datos consultados para casos confirmados y fallecidos: página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) <https://covid19.who.int/>.

² Para hacer comparable los datos con el resto de países, los datos de España hacen referencia a los nuevos casos notificados por fecha de notificación y no a los casos nuevos por fecha de diagnóstico, por lo que se puede observar alguna discrepancia con los datos publicados en el resto de informes.

* Los casos y fallecidos nuevos notificados diariamente pueden corresponder a casos diagnosticados y fallecidos de días previos.

Situación a nivel global y otros países fuera de Europa: Según la OMS, a nivel global hasta el día de hoy se han notificado al menos 426.624.859 casos y 5.899.578 fallecidos. En la tabla 8 se presenta información detallada de los países con más casos acumulados fuera de Europa.

Tabla 8. Detalles de los países con más casos confirmados u otros países de interés fuera de Europa^{3, 4}

	Casos confirmados	Nuevos diarios*	Incremento promedio en los últimos 7 días	Incidencia Acumulada 100.000 hab. 14 días	Fallecidos	Nuevos diarios*	Letalidad
Estados Unidos	77.846.164	116.683	0,10%	482,9	928.350	2.063	1,2%
India	42.867.031	15.102	0,04%	33,0	512.622	278	1,2%
Brasil	28.245.551	37.339	0,36%	777,3	644.604	318	2,3%
Argentina	8.855.624	16.950	0,15%	529,7	125.618	167	1,4%
Irán	6.983.635	22.073	0,25%	387,9	135.499	223	1,9%
Colombia	6.049.952	2.910	0,06%	145,8	138.205	99	2,3%
México	5.418.257	4.832	0,31%	201,5	315.786	98	5,8%
Indonesia	5.350.902	61.488	1,07%	264,7	147.025	227	2,7%
Sudáfrica	3.662.032	2.334	0,07%	57,4	98.868	64	2,7%
Filipinas	3.654.284	758	0,05%	31,6	55.776	13	1,5%
Israel	3.582.315	12.597	0,42%	3.107,3	10.040	37	0,3%
Perú	3.497.896	1.887	0,20%	379,1	209.641	173	6,0%
Malasia	3.273.958	27.179	0,86%	1.034,3	32.433	43	1,0%
Canadá	3.243.953	2.084	0,18%	273,5	36.046	5	1,1%
Chile	2.770.793	19.476	1,13%	2.428	41.526	35	1,5%
<i>Corea del Sur</i>	2.329.182	171.448	5,97%	2.313,5	7.607	99	0,3%
<i>Singapur</i>	622.293	26.032	3,24%	3.581,8	956	4	0,2%
<i>China</i>	194.947	6.460	3,46%	3,6	5.824	36	3,0%

³ Las cifras de fallecidos por COVID-19 notificadas por cada país varían en su definición por lo que dichas cifras, y la letalidad resultante en cada país, no son directamente comparables entre sí.

⁴ China, Singapur y Corea del Sur ya no se encuentran entre los quince países con más casos confirmados fuera de Europa. Se siguen incluyendo en la tabla por su relevancia en el histórico de la epidemia.

* Los casos y fallecidos nuevos notificados diariamente pueden corresponder a casos diagnosticados y fallecidos de días previos.



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE
SALUD PÚBLICA

**Centro de Coordinación de Alertas
y Emergencias Sanitarias**

Actualización nº 570. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 23.02.2022 *(datos consolidados a las 17:00 horas del 23.02.2022)*

SITUACIÓN EN ESPAÑA

El presente informe se ha realizado con los datos individualizados notificados por las CCAA a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (al sistema SiViEs). Se incluyen los casos notificados confirmados con una prueba diagnóstica positiva de infección activa (PDIA) tal como se establece en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#) y además los casos notificados antes del 11 de mayo que requirieron hospitalización, ingreso en UCI o fallecieron con diagnóstico clínico de COVID-19, de acuerdo a las definiciones de caso vigentes en cada momento. Cualquier futura actualización que realicen las CCAA quedarán reflejadas en los informes diarios. En España hasta el momento se han notificado un total de 10.914.105 casos confirmados de COVID-19 y 98.936 fallecidos. Los datos se pueden obtener [aquí](#).

Tabla 1. Casos de COVID-19 confirmados y fallecidos a 22.02.2022

CCAA	Casos totales	Casos nuevos notificados desde el último informe*	Casos diagnosticados en los últimos 14 días		Casos diagnosticados en los últimos 7 días		Casos fallecidos		
			Nº	IA**	Nº	IA**	Fallecidos totales	Con fecha de defunción en los últimos 7 días ***	Letalidad global de la pandemia
Andalucía	1.326.345	3.100	33.092	390,59	13.260	156,51	12.631	72	1,0%
Aragón	394.084	714	10.351	780,46	4.000	301,60	4.789	51	1,2%
Asturias	192.317	398	7.769	767,85	3.118	308,17	2.444	23	1,3%
Baleares	252.188	532	7.496	639,04	2.691	229,41	1.203	4	0,5%
Canarias	283.105	2.183	13.292	611,70	7.724	355,46	1.570	26	0,6%
Cantabria	124.544	250	4.731	809,40	1.838	314,45	758	13	0,6%
Castilla La Mancha	467.082	500	8.879	433,21	2.268	110,66	7.057	27	1,5%
Castilla y León	647.113	1.224	18.627	781,62	7.224	303,13	8.182	37	1,3%
Cataluña	2.247.771	11.904	65.455	843,13	24.813	319,62	17.880	13	0,8%
Ceuta	18.760	31	475	568,75	201	240,67	144	0	0,8%
C. Valenciana	1.283.506	4.238	42.582	841,85	14.030	277,37	8.961	53	0,7%
Extremadura	232.940	479	9.344	881,92	3.543	334,40	2.220	15	1,0%
Galicia	521.132	1.694	30.360	1.126,26	11.764	436,41	3.073	21	0,6%
Madrid	1.577.701	4.014	32.185	476,73	11.689	173,14	17.198	37	1,1%
Melilla	20.154	20	313	362,85	114	132,16	147	0	0,7%
Murcia	367.862	1.364	14.849	977,88	5.615	369,78	2.144	22	0,6%
Navarra	221.838	284	4.929	745,08	1.889	285,55	1.490	9	0,7%
País Vasco	647.201	808	13.357	603,30	5.137	232,02	6.141	25	0,9%
La Rioja	88.462	175	2.544	795,51	1.093	341,78	904	1	1,0%
ESPAÑA	10.914.105	33.911	320.630	676,65	122.011	257,49	98.936	449	0,9%

* Los casos nuevos notificados diariamente corresponden a casos diagnosticados de días previos, no solo al día anterior.

** IA: Incidencia acumulada (casos diagnosticados/100.000 habitantes). Se utiliza como denominador para el cálculo de la IA las cifras oficiales de población del INE del padrón municipal a 01.01.2021

*** Debido a retrasos en la notificación de los casos fallecidos en algunas CCAA, estos datos no son comparables entre sí.

Figura 1. Casos diarios confirmados de COVID-19 en España desde el 01.12.2020 a 22.02.2022 (datos consolidados a las 17:00 horas del 23.02.2022).

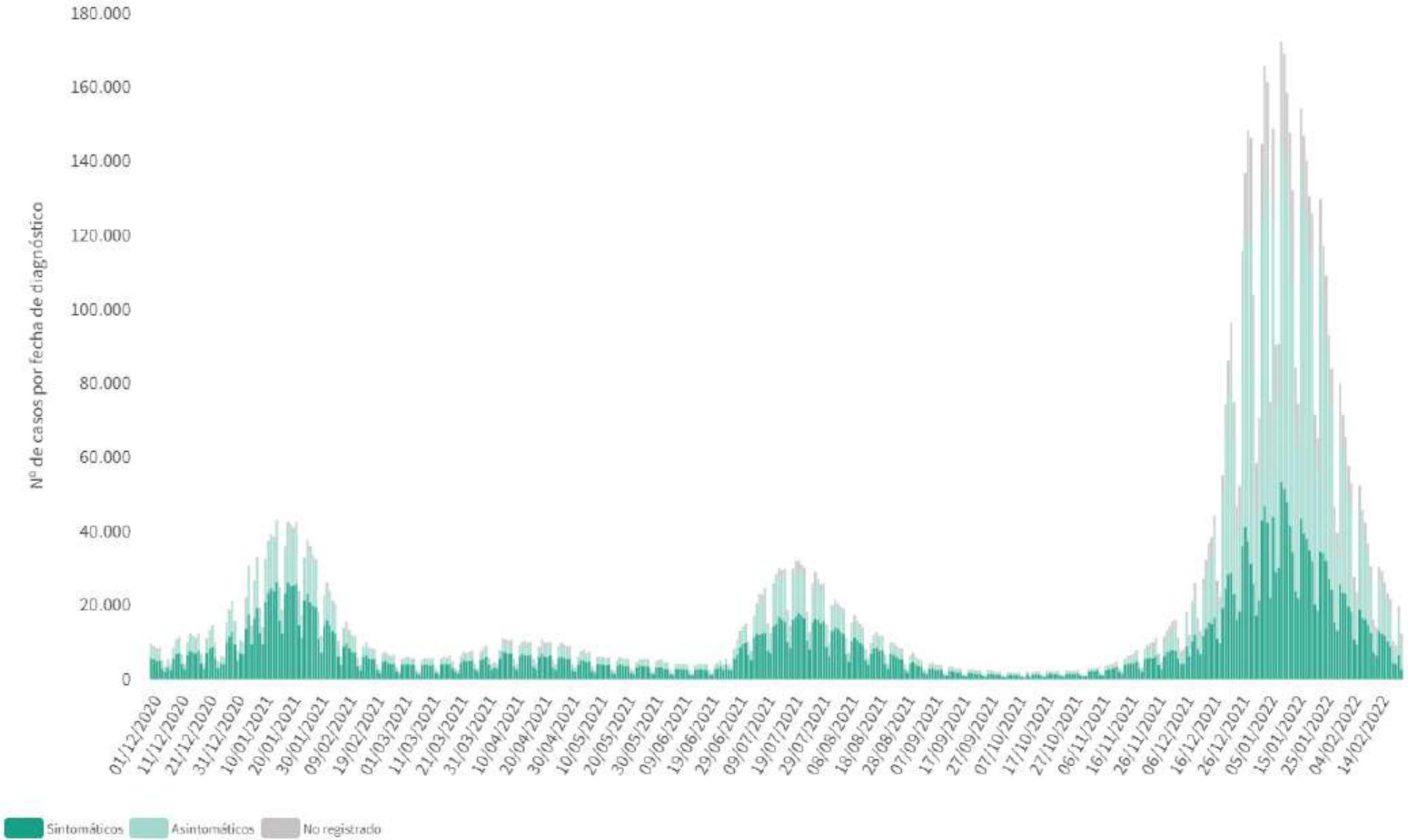
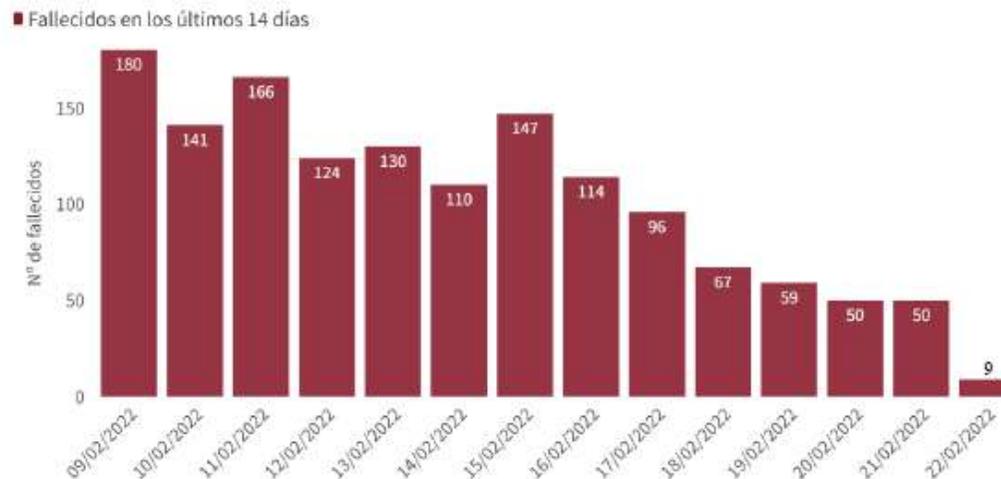
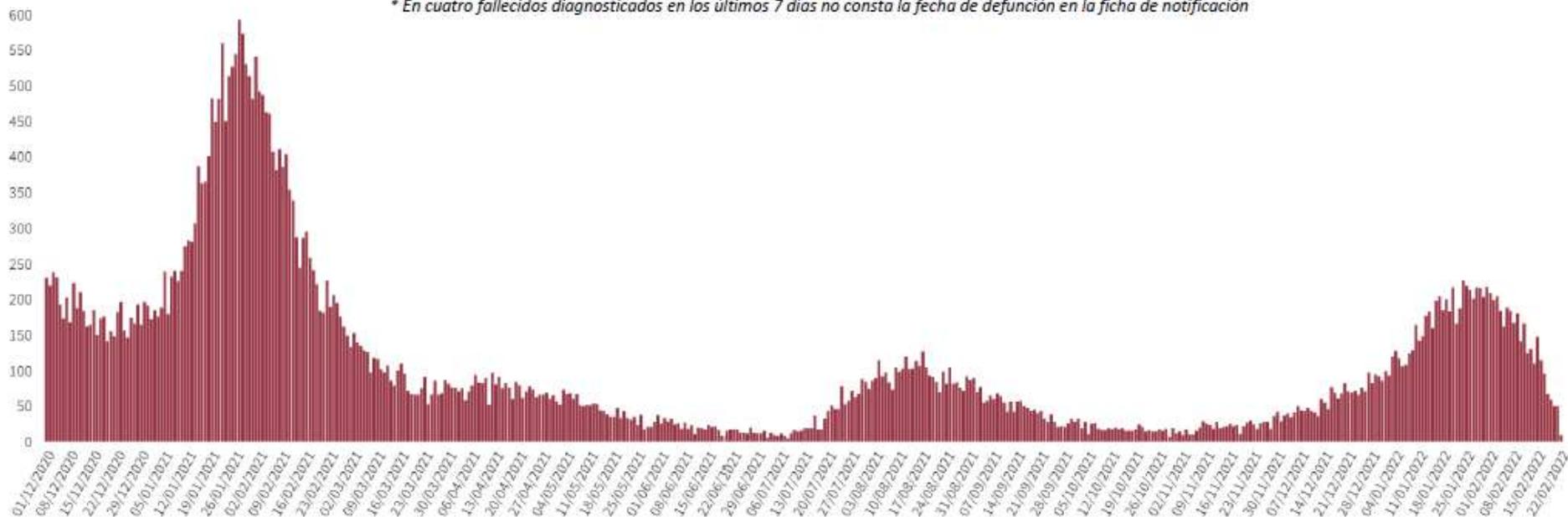


Figura 2. Número de fallecidos diarios por COVID-19 por fecha de defunción en España a 22.02.2022 (datos consolidados a las 17:00 horas del 23.02.2022)



* En cuatro fallecidos diagnosticados en los últimos 7 días no consta la fecha de defunción en la ficha de notificación





GIV COVID-19

Gestión integral de la vacunación COVID-19

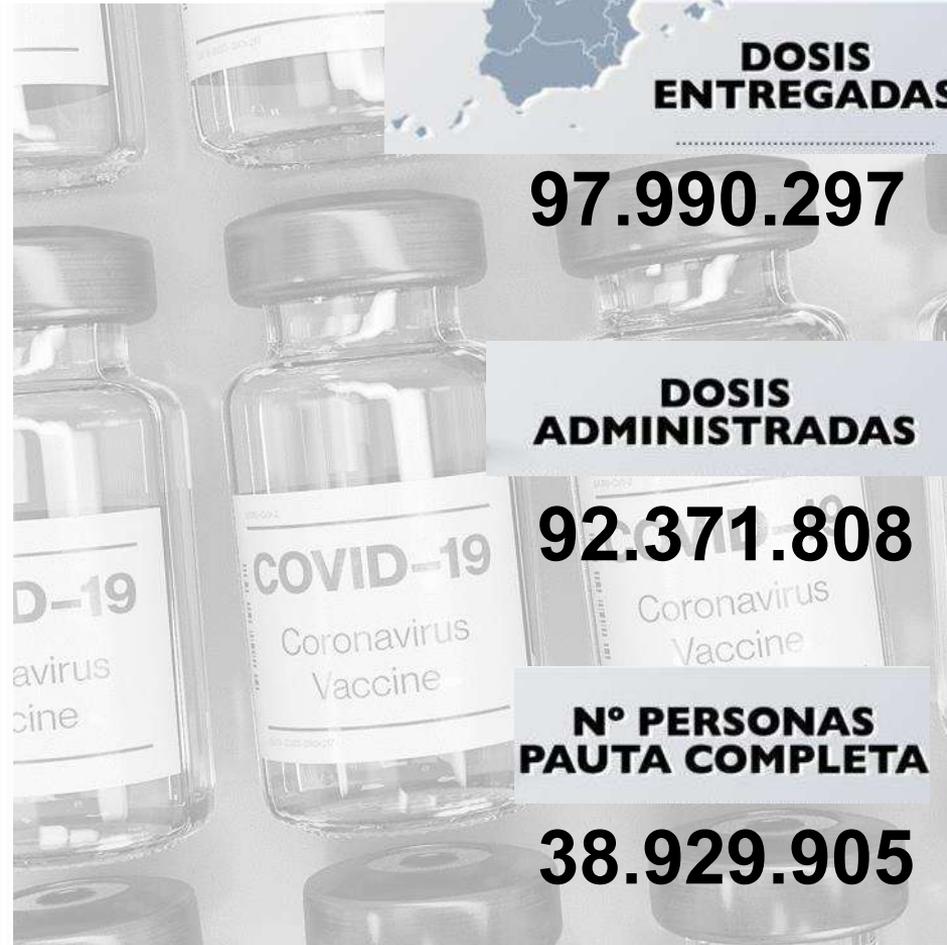
Informe de actividad

Periodo de los datos: 27/12/2020 - 23/02/2022
Fecha del informe: 24/02/2022

Informe para comunicación



#YoMeVacunoSeguro



Datos globales agregados (*)

Dosis adquiridas desde Q1 2021 218.448.216	Dosis recibidas en España 137.327.405 62,9% dosis recibidas en España	Dosis administradas 92.371.808	Nº Personas con al menos 1 dosis 39.158.856 92,8% población mayor de 12 años**	Nº Personas con dosis de refuerzo 23.955.189
	Dosis entregadas en España (1) 97.990.297 71,4% dosis recibidas en España	94,3% dosis entregadas	Nº Personas con pauta completa 38.401.260 91,0% población mayor de 12 años**	50,5% población INE

Distribución por tipo de vacuna

	Dosis adquiridas Desde Q1 2021	Dosis recibidas en España	Dosis entregadas en España	Dosis administradas	Nº Personas con al menos 1 dosis	Nº Personas con pauta completa	Nº Personas con dosis de recuerdo (2)
Pfizer / BioNtech	113.727.267	67.450.305	63.337.827	61.876.001 (97,7%)	26.742.548	26.506.256	10.551.239
Pfizer Pediátrica		5.112.000	5.034.000	2.209.945 (43,9%)	1.875.145	528.645	
Moderna	52.289.755	25.784.400	18.495.040	16.510.078 (89,3%)	5.326.573	5.089.033	13.403.950
AstraZeneca / Oxford	31.555.469	25.665.700	9.009.780	9.793.561 (100,0%)	5.107.512	4.823.748	-
Janssen	20.875.725	13.315.000	2.113.650	1.982.223 (93,8%)	1.982.223	1.982.223	-
Curevac	-	-	-	-	-	-	-

*Fuentes: AEMPS y REGVACU (Datos reportados por las CC.AA).

(1) Fuente: AEMPS. No se incluyen 900 dosis destinadas a Ensayos Clínicos. El reparto de dosis se ha realizado de forma equitativa entre CCAA en base a la distribución de los grupos de vacunación definidos en la Estrategia de Vacunación. La cifra de dosis entregadas a las Comunidades y Ciudades Autónomas de los distintos fabricantes se actualizará dos veces por semana, los martes y los viernes. Excepcionalmente, el primer envío de cada fabricante a nuestro país se actualizará en el informe del día posterior a la recepción del mismo. La cifra de dosis entregadas de la vacuna de Pfizer/BioNtech está calculada teniendo en cuenta cinco dosis por vial hasta el día 24/01/2021. A partir de este día se contabilizan 6 dosis por vial. La compañía ha modificado la ficha técnica, estableciendo la posibilidad de extraer una sexta dosis por vial en determinadas circunstancias.

(2) La cifra de personas con dosis adicionales contempla las terceras dosis administradas a personas con condición de alto riesgo, personas que viven en residencias, personas mayores de 18 años, refuerzo de Janssen y sociosanitario.

** Fuente: datos INE 2021 <https://www.ine.es/dy3/inebase/es/index.htm?codigo=1894&codigo=1800>. La población diurna corresponde a la población INE con al menos 5 años

** Actualizado el cálculo de las dosis de refuerzo de Moderna, puesto que en estas dosis de refuerzo sólo se administra media dosis por persona.

Dosis entregadas y administradas por tipo de vacuna

	Dosis entregadas Pfizer ⁽¹⁾	Dosis entregadas Pfizer pediátrica ⁽¹⁾	Dosis entregadas Moderna ⁽¹⁾	Dosis entregadas AstraZeneca ⁽¹⁾	Dosis entregadas Janssen ⁽¹⁾	Dosis entregadas total ⁽¹⁾	Dosis administradas ^{(2)*}	% sobre entregadas	Nº Personas con al menos 1 dosis	Nº Personas con pauta completa	% Pautas incompletas	Nº Personas con dosis de recuerdo ⁽³⁾	Fecha de la última vacuna registrada ⁽²⁾
Andalucía	11.421.630	966.000	3.319.500	1.537.200	333.500	17.577.830	16.798.330	95,57%	7.446.484	7.040.720	5,45%	3.946.323	22/02/2022
Aragón	1.853.541	138.000	477.490	254.710	59.180	2.782.921	2.597.049	93,32%	1.144.940	1.094.152	4,44%	668.410	23/02/2022
Asturias	1.575.725	102.000	516.040	220.900	43.000	2.457.665	2.248.153	91,48%	924.421	885.904	4,17%	705.674	23/02/2022
Baleares	1.318.884	114.000	542.970	225.400	56.520	2.257.774	1.996.625	88,43%	925.447	888.000	4,05%	446.997	22/02/2022
Canarias	2.812.650	204.000	824.700	455.800	133.650	4.430.800	4.049.782	91,40%	1.811.347	1.705.237	5,86%	934.842	23/02/2022
Cantabria	920.355	54.000	175.400	120.490	22.145	1.292.390	1.238.062	95,80%	517.571	497.155	3,94%	344.889	23/02/2022
Castilla y León	4.086.183	258.000	753.070	466.170	95.315	5.658.738	5.215.890	92,17%	2.140.016	2.046.517	4,37%	1.465.974	23/02/2022
Castilla - La Mancha	2.763.405	234.000	840.660	380.370	92.350	4.310.785	3.861.667	89,58%	1.750.249	1.636.067	6,52%	999.969	22/02/2022
Cataluña	8.673.200	690.000	3.508.880	1.485.670	355.800	14.713.550	13.872.775	94,29%	6.468.261	6.169.766	4,61%	3.542.973	23/02/2022
C. Valenciana	6.731.200	546.000	2.144.540	863.900	213.125	10.498.765	9.882.417	94,13%	4.405.776	4.169.182	5,37%	2.800.300	23/02/2022
Extremadura	1.645.583	144.000	307.170	182.600	40.185	2.319.538	2.262.636	97,55%	961.659	911.514	5,21%	609.631	23/02/2022
Galicia	4.138.999	276.000	969.980	571.870	122.525	6.079.374	5.999.381	98,68%	2.467.159	2.355.780	4,51%	1.909.866	23/02/2022
La Rioja	458.705	42.000	109.600	53.240	15.200	678.745	625.057	92,09%	282.349	266.249	5,70%	160.315	22/02/2022
Madrid*	8.963.295	756.000	2.170.800	1.222.100	321.450	13.433.645	12.869.364	95,80%	5.754.023	5.427.187	5,68%	3.181.817	20/02/2022
Murcia	1.767.425	186.000	623.000	253.010	68.300	2.897.735	2.747.514	94,82%	1.293.643	1.213.199	6,22%	661.108	23/02/2022
Navarra	873.147	72.000	274.760	135.150	23.710	1.378.767	1.283.895	93,12%	565.767	543.806	3,88%	335.097	23/02/2022
País Vasco	3.081.600	228.000	817.900	444.200	101.305	4.673.005	4.327.499	92,61%	1.939.667	1.857.761	4,22%	1.137.164	23/02/2022
Ceuta	102.444	12.000	29.210	18.100	3.935	165.689	145.596	87,87%	66.945	62.659	6,40%	32.321	23/02/2022
Melilla	101.430	12.000	23.500	15.100	5.750	157.780	136.294	86,38%	65.143	60.479	7,16%	26.082	23/02/2022
Fuerzas Armadas	48.426	0	58.300	103.800	2.000	212.526	201.549	94,83%	95.080	91.028	4,26%	42.495	23/02/2022
Sanidad Exterior	0	0	7.570	0	4.705	12.275	12.277	100,00%	8.054	7.543	6,34%	2.942	23/02/2022
Totales	63.337.827	5.034.000	18.495.040	9.009.780	2.113.650	97.990.297	92.371.808	94,27%	41.034.001	38.929.905	5,13%	23.955.189	

(1) Fuente: AEMPS. El reparto de dosis se ha realizado de forma equitativa entre CCAA en base a la distribución de los grupos de vacunación definidos en la Estrategia de Vacunación.

La cifra de dosis entregadas a las Comunidades y Ciudades Autónomas de los distintos fabricantes se actualizará dos veces por semana, los martes y los viernes. Excepcionalmente, el primer envío de cada fabricante a nuestro país se actualizará en el informe del día posterior a aquel en el que dicho envío sea recibido. La cifra de dosis entregadas de la vacuna de Pfizer/BioNtech está calculada teniendo en cuenta cinco dosis por vía hasta el día 24/01/2021. A partir de este día se contabilizan 6 dosis por vía. La compañía ha modificado la ficha técnica, estableciendo la posibilidad de extraer una sexta dosis por vía en determinadas circunstancias.

(2) Fuente: REGVACU reportado por CC. AA. Actualizado el cálculo total de dosis administradas, puesto que en la vacunación de refuerzo con Moderna sólo se administra media dosis por persona.

* Datos de Madrid en revisión.

(3) La cifra de personas con dosis adicionales contempla a las personas con condición de alto riesgo, personas que viven en residencias, personas mayores de 18 años, refuerzo de Janssen y personal sanitario y sociosanitario.

Cobertura de población vacunada con dosis de recuerdo por CCAA y grupos

	Mayores de 70 años		60-69 años		50-59 años		40-49 años		30-39 años		20-29 años		Janssen		Astrazeneca	
	Nº Personas > 70 años con dosis de recuerdo	% Dosis de recuerdo en > 70 años (1)	Nº Personas 60-69 años con dosis de recuerdo	% Dosis de recuerdo en 60-69 años (1)	Nº Personas 50-59 años con dosis de recuerdo	% Dosis de recuerdo en 50-59 años (1)	Nº Personas 40-49 años con dosis de recuerdo	% Dosis de recuerdo en 40-49 años (1)	Nº Personas 30-39 años con dosis de recuerdo	% Dosis de recuerdo en 30-39 años (1)	Nº Personas 20-29 años con dosis de recuerdo	% Dosis de recuerdo en 20-29 años (1)	Nº Personas vacunadas con Dosis de recuerdo	% Dosis Adicionales en vacunados con Janssen	Nº Personas vacunadas con Dosis de recuerdo	% Dosis Adicionales en vacunados con Astrazeneca
Andalucía	997.150	92,05%	862.489	92,68%	853.462	69,98%	658.837	52,20%	339.590	35,94%	212.918	27,13%	205.297	64,44%	747.357	86,35%
Aragón	201.514	91,73%	142.327	92,14%	133.101	71,27%	100.661	53,06%	47.411	36,91%	34.360	32,17%	36.998	62,91%	118.066	87,36%
Asturias	191.746	94,61%	142.056	95,90%	143.572	93,69%	123.514	81,74%	57.222	62,80%	38.890	58,33%	41.647	91,90%	113.604	96,62%
Baleares	119.372	91,16%	96.000	85,96%	99.271	65,12%	75.142	43,67%	33.088	24,95%	21.465	21,03%	35.300	69,20%	100.035	83,38%
Canarias	221.746	90,87%	194.943	87,24%	234.925	72,90%	175.737	54,94%	67.686	29,26%	36.400	19,31%	96.335	71,74%	185.892	83,46%
Cantabria	92.536	94,13%	75.719	98,33%	70.812	83,45%	59.717	67,15%	28.872	51,39%	15.387	36,09%	19.804	89,26%	55.848	94,26%
Castilla y León	446.854	93,37%	295.731	91,67%	297.294	84,10%	220.748	68,60%	112.779	52,67%	80.490	45,95%	82.591	86,35%	226.475	93,06%
Castilla - La Mancha	269.307	91,36%	204.215	92,84%	218.957	77,20%	170.437	60,12%	81.946	40,26%	49.732	29,04%	64.607	83,80%	180.778	87,67%
Cataluña	972.836	90,63%	716.403	89,73%	748.031	72,25%	622.072	54,13%	289.587	35,80%	172.026	25,57%	214.625	61,75%	703.378	87,50%
C. Valenciana	687.976	94,61%	553.218	96,98%	587.226	82,05%	494.194	65,27%	257.605	49,75%	184.009	42,46%	185.273	87,77%	429.634	92,09%
Extremadura	154.463	89,09%	125.699	94,86%	130.721	81,00%	99.155	68,01%	61.906	54,92%	34.874	37,50%	35.086	87,99%	92.374	91,60%
Galicia	505.801	94,93%	334.683	96,31%	372.528	95,00%	373.851	91,14%	182.262	68,52%	125.742	62,59%	113.064	91,17%	299.088	98,24%
La Rioja	48.108	92,67%	35.718	93,80%	32.812	72,43%	27.001	56,69%	11.814	37,29%	4.496	18,23%	12.525	87,72%	25.081	84,60%
Madrid*	825.430	93,32%	611.665	89,45%	682.119	72,24%	559.807	54,07%	288.233	38,13%	177.249	29,11%	187.035	78,10%	554.235	84,15%
Murcia	160.950	91,74%	131.047	88,65%	146.810	70,83%	121.877	52,66%	55.512	33,07%	40.033	28,24%	50.004	75,45%	111.203	83,61%
Navarra	92.791	94,50%	70.183	97,12%	71.166	77,20%	55.829	58,19%	26.246	40,24%	16.990	28,92%	20.294	85,20%	60.595	89,80%
Pais Vasco	343.392	91,40%	250.104	90,88%	251.627	77,67%	176.149	54,65%	69.264	33,41%	40.452	23,66%	80.259	81,07%	192.329	87,16%
Ceuta	5.454	86,97%	6.704	88,48%	7.555	71,72%	6.433	58,12%	3.583	39,34%	2.271	25,78%	1.601	44,42%	7.657	88,77%
Melilla	4.191	77,30%	5.119	69,35%	6.299	62,97%	5.366	51,19%	2.669	29,75%	1.994	22,22%	1.354	29,96%	6.088	85,66%
Fuerzas Armadas	8	19,51%	2.315	64,68%	6.462	69,53%	13.729	63,36%	12.590	40,10%	7.335	30,84%	1.200	93,75%	25.039	47,10%
Sanidad Exterior	60	76,92%	231	79,93%	555	63,57%	713	39,11%	698	31,16%	662	33,17%	1.282	28,48%	-	-
Totales	6.341.685	92,49%	4.856.569	92,11%	5.095.305	76,00%	4.140.969	58,91%	2.030.563	40,71%	1.297.775	31,76%	1.486.181	74,98%	4.234.756	87,79%

% personas con dosis de recuerdo

Mayores de 40 años



Mayores de 50 años



Mayores de 60 años



Mayores de 70 años



Fuente: REGVACU. Datos reportados por las CCAA.

(1) El porcentaje se calcula sobre las personas en REGVACU con pauta completa para cada franja de edad.

(2) Las personas vacunadas con Janssen y Astrazeneca, están asimismo contabilizadas en el grupo de edad que les corresponde.

Informe de actividad diario. GIV – Gestión Integral de vacunación frente al COVID-19 en España

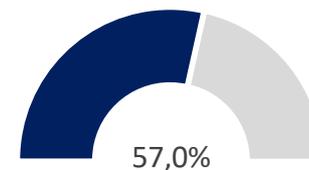
*Datos de Madrid en revisión.

Cobertura de población pediátrica vacunada por CCAA

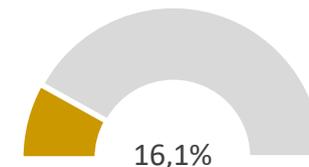
	Población a vacunar de 5 a 11 años ⁽¹⁾	Nº Personas con al menos 1 dosis	% Personas con al menos 1 dosis	Nº Personas con pauta completa	% Personas con pauta completa	Fecha de la última vacuna registrada ⁽²⁾
Andalucía	625.633	412.105	65,9%	121.919	19,5%	22/02/2022
Aragón	89.551	49.689	55,5%	17.759	19,8%	23/02/2022
Asturias	53.486	40.085	74,9%	12.120	22,7%	23/02/2022
Baleares	84.404	29.296	34,7%	6.201	7,3%	22/02/2022
Canarias	133.490	71.146	53,3%	19.654	14,7%	23/02/2022
Cantabria	36.806	23.732	64,5%	7.715	21,0%	23/02/2022
Castilla y León	136.938	94.210	68,8%	34.835	25,4%	23/02/2022
Castilla - La Mancha	147.544	93.908	63,6%	28.010	19,0%	22/02/2022
Cataluña	559.033	227.562	40,7%	61.916	11,1%	23/02/2022
C. Valenciana	352.220	233.156	66,2%	64.583	18,3%	23/02/2022
Extremadura	67.546	52.381	77,5%	14.477	21,4%	23/02/2022
Galicia	153.059	127.065	83,0%	32.484	21,2%	23/02/2022
La Rioja	21.936	13.757	62,7%	4.110	18,7%	22/02/2022
Madrid*	491.254	229.602	46,7%	45.342	9,2%	20/02/2022
Murcia	120.647	65.496	54,3%	18.488	15,3%	23/02/2022
Navarra	48.816	26.440	54,2%	9.513	19,5%	23/02/2022
País Vasco	147.320	79.294	53,8%	27.460	18,6%	23/02/2022
Ceuta	7.952	2.864	36,0%	1.018	12,8%	23/02/2022
Melilla	9.776	3.357	34,3%	1.041	10,6%	23/02/2022
Fuerzas Armadas	-	0	-	0	-	23/02/2022
Sanidad Exterior	-	0	-	0	-	23/02/2022
Totales	3.287.411	1.875.145	57,0%	528.645	16,1%	

% niños de entre 5 y 11 años

Al menos 1 dosis



Pauta completa



Cobertura de población vacunada mayor 12 años por CC.AA

	Población a vacunar Mayor de 12 años ⁽¹⁾	Nº Personas con al menos 1 dosis	% Personas con al menos 1 dosis	Nº Personas con pauta completa	% Personas con pauta completa*	Fecha de la última vacuna registrada ⁽²⁾
Andalucía	7.508.005	7.034.379	93,7%	6.918.801	92,2%	22/02/2022
Aragón	1.189.408	1.095.251	92,1%	1.076.393	90,5%	23/02/2022
Asturias	930.447	884.336	95,0%	873.784	93,9%	23/02/2022
Baleares	1.083.187	896.151	82,7%	881.799	81,4%	22/02/2022
Canarias	2.033.513	1.740.201	85,6%	1.685.583	82,9%	23/02/2022
Cantabria	527.062	493.839	93,7%	489.440	92,9%	23/02/2022
Castilla y León	2.172.149	2.045.806	94,2%	2.011.682	92,6%	23/02/2022
Castilla - La Mancha	1.816.082	1.656.341	91,2%	1.608.057	88,5%	22/02/2022
Cataluña	6.782.414	6.240.699	92,0%	6.107.850	90,1%	23/02/2022
C. Valenciana	4.492.026	4.172.620	92,9%	4.104.599	91,4%	23/02/2022
Extremadura	949.890	909.278	95,7%	897.037	94,4%	23/02/2022
Galicia	2.456.127	2.340.094	95,3%	2.323.296	94,6%	23/02/2022
La Rioja	281.479	268.592	95,4%	262.139	93,1%	22/02/2022
Madrid*	5.970.908	5.524.421	92,5%	5.381.845	90,1%	20/02/2022
Murcia	1.317.614	1.228.147	93,2%	1.194.711	90,7%	23/02/2022
Navarra	580.174	539.327	93,0%	534.293	92,1%	23/02/2022
País Vasco	1.955.253	1.860.373	95,1%	1.830.301	93,6%	23/02/2022
Ceuta	71.029	64.081	90,2%	61.641	86,8%	23/02/2022
Melilla	68.266	61.786	90,5%	59.438	87,1%	23/02/2022
Fuerzas Armadas	-	95.080	-	91.028	-	23/02/2022
Sanidad Exterior	-	8.054	-	7.543	-	23/02/2022
Totales	42.185.033	39.158.856	92,8%	38.401.260	91,0%	

Fuente: REGVACU. Datos reportados por las CC.AA

(1) Fuente: datos INE 2021 <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1894&capsel=1900>

(2) Fuente: REGVACU reportado por CC.AA.

Detalle de Coberturas por Grupos Etarios mayores de 12 años

Personas con al menos 1 dosis

Personas con pauta completa

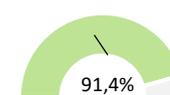
Mayores de 12 años



Mayores de 12 años



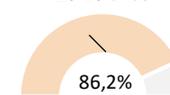
12-19 años



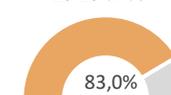
12-19 años



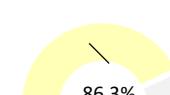
20-29 años



20-29 años



30-39 años



30-39 años



Mayores de 40 años



Mayores de 40 años



*Datos de Madrid en revisión.

Coberturas de grupos etarios (1/2) – Personas mayores de 12 años con al menos una dosis

CC.AA	Vacunados s ≥80 años	% ≥80 años*	Vacunados 70-79 años	% 70-79 años*	Vacunados 60-69 años	% 60-69 años*	Vacunados 50-59 años	% 50-59 años*	Vacunados 40-49 años	% 40-49 años*	Vacunados 30-39 años	% 30-39 años*	Vacunados 20-29 años	% 20-29 años*	Vacunados 12-19 años	% 12-19 años*	Total Vacunados con al menos 1 dosis	Población a Vacunar*	% Con al menos 1 dosis sobre Población mayor 12 años*	% Con al menos 1 dosis sobre Total Población INE*
Andalucía	435.464	100,0%	656.487	100,0%	937.397	97,8%	1.229.354	95,5%	1.276.673	92,2%	967.473	87,8%	811.321	87,6%	720.210	93,2%	7.034.379	7.508.005	93,7%	82,7%
Aragón	101.679	100,0%	119.851	100,0%	156.010	96,7%	188.474	93,8%	192.227	90,0%	131.748	83,2%	110.515	84,5%	94.747	88,5%	1.095.251	1.189.408	92,1%	82,3%
Asturias	89.264	100,0%	114.785	100,0%	149.126	98,1%	154.323	95,2%	152.351	91,8%	92.967	85,6%	68.741	86,7%	62.779	96,2%	884.336	930.447	95,0%	87,3%
Baleares	51.853	96,7%	79.931	91,6%	112.173	88,1%	153.672	86,6%	173.869	80,3%	135.468	73,6%	104.909	76,5%	84.276	84,7%	896.151	1.083.187	82,7%	73,5%
Canarias	94.788	94,4%	156.080	93,2%	229.242	91,1%	325.562	88,4%	324.696	82,4%	239.008	76,4%	199.784	78,4%	171.041	92,8%	1.740.201	2.033.513	85,6%	77,5%
Cantabria	42.574	100,0%	56.206	100,0%	77.271	97,5%	85.160	93,6%	89.459	91,9%	56.806	84,6%	43.387	85,3%	42.976	94,9%	493.839	527.062	93,7%	84,6%
Castilla y León	229.996	100,0%	252.325	100,0%	324.582	99,2%	357.798	93,9%	326.088	90,5%	218.837	84,5%	180.852	85,4%	155.328	92,3%	2.045.806	2.172.149	94,2%	85,7%
Castilla - La Mancha	138.929	100,0%	159.334	100,0%	225.332	98,8%	289.952	93,1%	291.808	88,2%	211.861	82,2%	180.013	82,2%	159.112	89,5%	1.656.341	1.816.082	91,2%	80,9%
Cataluña	461.078	100,0%	622.050	97,8%	809.882	95,0%	1.044.755	95,2%	1.166.230	91,4%	832.469	86,1%	699.048	84,3%	605.187	90,1%	6.240.699	6.782.414	92,0%	81,4%
C. Valenciana	298.164	100,0%	436.398	99,2%	574.727	96,2%	721.736	94,7%	765.745	91,1%	529.725	86,3%	447.053	87,2%	399.072	92,2%	4.172.620	4.492.026	92,9%	82,7%
Extremadura	78.428	100,0%	96.154	100,0%	133.464	100,0%	162.339	96,7%	147.346	93,5%	114.794	88,4%	95.629	85,0%	81.124	94,7%	909.278	949.890	95,7%	85,9%
Galicia	243.072	100,0%	292.343	100,0%	348.208	98,5%	393.778	96,2%	412.477	93,1%	268.851	87,1%	204.618	88,8%	176.747	96,4%	2.340.094	2.456.127	95,3%	86,8%
La Rioja	23.473	100,0%	28.785	100,0%	38.510	99,7%	45.935	96,7%	48.484	93,7%	32.515	87,8%	25.781	85,5%	25.109	96,6%	268.592	281.479	95,4%	85,0%
Madrid**	375.737	100,0%	513.651	97,5%	695.535	96,5%	953.219	96,3%	1.057.230	91,5%	786.077	87,3%	641.705	87,2%	501.267	87,8%	5.524.421	5.970.908	92,5%	81,8%
Murcia	72.790	100,0%	103.762	99,8%	149.703	97,5%	209.798	96,2%	236.573	93,7%	174.440	87,6%	149.711	86,1%	131.370	90,8%	1.228.147	1.317.614	93,2%	81,2%
Navarra	42.580	100,0%	56.006	98,9%	72.636	96,0%	92.540	94,7%	96.599	91,4%	66.028	86,1%	60.001	87,2%	52.937	92,0%	539.327	580.174	93,0%	82,0%
País Vasco	164.772	100,0%	214.416	99,1%	280.251	98,6%	327.111	96,9%	326.477	93,8%	212.101	89,3%	175.436	88,1%	159.809	92,5%	1.860.373	1.955.253	95,1%	85,1%
Ceuta	2.403	84,7%	3.924	89,1%	7.701	92,5%	10.658	92,2%	11.269	91,2%	9.463	83,0%	9.527	87,7%	9.136	98,4%	64.081	71.029	90,2%	76,7%
Melilla	2.099	83,6%	3.435	90,3%	7.528	94,0%	10.180	94,3%	10.696	97,9%	9.311	85,0%	9.714	83,1%	8.823	92,1%	61.786	68.266	90,5%	73,5%
FF.AA.	30	-	20	-	3.700	-	9.675	-	22.680	-	32.665	-	25.079	-	1.231	-	95.080	-	-	-
Sanidad Exterior	33	-	52	-	321	-	922	-	1.943	-	2.406	-	2.109	-	268	-	8.054	-	-	-
Total España	2.949.206	100,0%	3.965.995	99,2%	5.333.299	96,8%	6.766.941	94,9%	7.130.920	91,2%	5.125.013	86,3%	4.244.933	86,2%	3.642.549	91,4%	39.158.856	42.185.033	92,8%	82,6%

La Población a Vacunar de mayores de 80 años corresponde a la estimación del INE de Enero 2021.

*Fuente: datos INE 2021 <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre:1894&canal=1300>

Mayores de 12 años Fuente: REGVACU reportado por CC.AA.

**Datos de Madrid en revisión.

Coberturas de grupos etarios (2/2) – Personas mayores de 12 años con pauta completa

CC.AA	Vacunados s ≥80 años	% ≥80 años*	Vacunados 70-79 años	% 70-79 años*	Vacunados 60-69 años	% 60-69 años*	Vacunados 50-59 años	% 50-59 años*	Vacunados 40-49 años	% 40-49 años*	Vacunados 30-39 años	% 30-39 años*	Vacunados 20-29 años	% 20-29 años*	Vacunados 12-19 años	% 12-19 años*	Total Vacunados con pauta completa	Población a Vacunar*	% Con pauta completa sobre Población mayor 12 años*	% Con pauta completa sobre Total Población INE*
Andalucía	430.595	100,0%	652.665	99,7%	930.645	97,1%	1.219.550	94,7%	1.262.040	91,2%	944.938	85,8%	784.681	84,7%	693.687	89,8%	6.918.801	7.508.005	92,2%	81,4%
Aragón	100.504	100,0%	119.189	99,6%	154.460	95,8%	186.768	92,9%	189.729	88,8%	128.439	81,1%	106.792	81,6%	90.512	84,6%	1.076.393	1.189.408	90,5%	80,9%
Asturias	88.414	100,0%	114.261	100,0%	148.129	97,5%	153.242	94,5%	151.110	91,1%	91.118	83,9%	66.675	84,1%	60.835	93,2%	873.784	930.447	93,9%	86,3%
Baleares	51.362	95,8%	79.591	91,2%	111.686	87,7%	152.434	85,9%	172.049	79,4%	132.596	72,0%	102.068	74,4%	80.013	80,4%	881.799	1.083.187	81,4%	72,3%
Canarias	92.602	92,3%	151.415	90,4%	223.449	88,8%	322.239	87,5%	319.850	81,2%	231.299	73,9%	188.493	74,0%	156.236	84,8%	1.685.583	2.033.513	82,9%	75,1%
Cantabria	42.243	100,0%	56.060	100,0%	77.002	97,2%	84.852	93,3%	88.926	91,3%	56.177	83,6%	42.631	83,8%	41.549	91,8%	489.440	527.062	92,9%	83,9%
Castilla y León	228.030	100,0%	250.548	100,0%	322.595	98,6%	353.490	92,7%	321.792	89,3%	214.116	82,7%	175.185	82,7%	145.926	86,8%	2.011.682	2.172.149	92,6%	84,3%
Castilla - La Mancha	136.925	100,0%	157.846	100,0%	219.964	96,5%	283.631	91,1%	283.473	85,7%	203.543	79,0%	171.248	78,2%	151.427	85,2%	1.608.057	1.816.082	88,5%	78,5%
Cataluña	455.374	100,0%	618.053	97,2%	798.364	93,7%	1.035.341	94,3%	1.149.134	90,1%	808.936	83,7%	672.849	81,2%	569.799	84,9%	6.107.850	6.782.414	90,1%	79,6%
C. Valenciana	293.753	100,0%	433.442	98,6%	570.434	95,5%	715.710	93,9%	757.145	90,1%	517.843	84,4%	433.345	84,5%	382.927	88,5%	4.104.599	4.492.026	91,4%	81,3%
Extremadura	77.648	100,0%	95.731	100,0%	132.508	101,4%	161.375	96,1%	145.786	92,5%	112.721	86,8%	92.991	82,7%	78.277	91,3%	897.037	949.890	94,4%	84,8%
Galicia	241.589	100,0%	291.218	99,7%	347.495	98,3%	392.155	95,8%	410.202	92,6%	266.005	86,2%	200.908	87,2%	173.724	94,8%	2.323.296	2.456.127	94,6%	86,1%
La Rioja	23.262	100,0%	28.653	100,0%	38.080	98,6%	45.301	95,4%	47.631	92,1%	31.678	85,5%	24.666	81,8%	22.868	88,0%	262.139	281.479	93,1%	82,9%
Madrid**	372.882	100,0%	511.598	97,1%	683.811	94,9%	944.276	95,4%	1.035.399	89,6%	756.008	83,9%	608.941	82,8%	468.930	82,2%	5.381.845	5.970.908	90,1%	79,7%
Murcia	72.430	100,0%	103.005	99,1%	147.833	96,3%	207.257	95,0%	231.439	91,7%	167.847	84,3%	141.748	81,5%	123.152	85,2%	1.194.711	1.317.614	90,7%	79,0%
Navarra	42.297	100,0%	55.890	98,7%	72.261	95,5%	92.179	94,4%	95.940	90,7%	65.225	85,0%	58.745	85,4%	51.756	90,0%	534.293	580.174	92,1%	81,2%
País Vasco	162.641	102,0%	213.065	98,5%	275.210	96,8%	323.966	96,0%	322.308	92,6%	207.333	87,2%	171.008	85,8%	154.770	89,6%	1.830.301	1.955.253	93,6%	83,7%
Ceuta	2.387	84,1%	3.884	88,2%	7.577	91,0%	10.534	91,1%	11.068	89,6%	9.107	79,9%	8.809	81,1%	8.275	89,2%	61.641	71.029	86,8%	73,8%
Melilla	2.052	81,7%	3.370	88,6%	7.381	92,2%	10.003	92,6%	10.482	96,0%	8.971	81,9%	8.975	76,8%	8.204	85,6%	59.438	68.266	87,1%	70,7%
FF.AA.	22	-	19	-	3.579	-	9.294	-	21.668	-	31.394	-	23.786	-	1.266	-	91.028	-	-	-
Sanidad Exterior	30	-	48	-	289	-	873	-	1.823	-	2.240	-	1.996	-	244	-	7.543	-	-	-
Total España	2.917.042	100,0%	3.939.551	98,6%	5.272.752	95,7%	6.704.470	94,0%	7.028.994	89,9%	4.987.534	83,9%	4.086.540	83,0%	3.464.377	87,0%	38.401.260	42.185.033	91,0%	81,0%

La Población a Vacunar de mayores de 80 años corresponde a la estimación del INE de Enero 2021.

*Fuente: datos INE 2021 <https://www.ine.es/dy1/c3/inebases/index.htm?padre=1894&cssel=1900>

Mayores de 12 años Fuente: REGVACUNACIÓN

**Datos de Madrid en revisión.

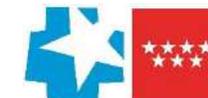


Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DATOS HOY SOLO DE MADRID

SANIFAX



SaludMadrid

PLAN DE VACUNACIÓN COMUNIDAD DE MADRID

24/2/2022.
(Datos cierre día anterior)

Total Dosis Recibidas ¹

13.432.445

◆ARN
(Pfizer, Moderna)
11.890.095

◆AstraZeneca
1.220.900

◆Janssen
321.450

Total Dosis Registradas

13.513.347

1ª DOSIS
5.497.524

2ª DOSIS
5.160.969

3ª DOSIS ²
2.617.832

JANSSEN
237.022

◆ARN
(Pfizer, Moderna)
4.801.299

◆AstraZeneca
696.225

◆ARN
(Pfizer, Moderna)
4.541.620

◆AstraZeneca
619.349

POBLACIÓN TOTAL COMUNIDAD DE MADRID	6,8 M ³	% PAUTA COMPLETA	82,3%
POBLACIÓN COMUNIDAD DE MADRID Mayor de 12 años	5,9 M	% CON UNA DOSIS	93,9%
		% PAUTA COMPLETA	92,4%
POBLACIÓN COMUNIDAD DE MADRID Mayor de 5 años	6,4 M	% CON UNA DOSIS	90,6%
		% PAUTA COMPLETA	86,3%

1. La cifra de dosis recibidas se actualiza dos veces por semana.
2. Todas las dosis corresponden a vacunas ARN (Pfizer y Moderna)
3. Dato de población: INE enero 2021 (6.755.828)



DATOS COVID-19 COMUNIDAD DE MADRID

24/2/2022.
(Datos cierre día anterior)

CASOS POSITIVOS

2.553
(casos nuevos notificados incorporados)

1.423
(casos nuevos notificados de las últimas 24h)

1.595.995
(acumulados)

Fallecidos Hospitales

20
(en el día)

20.038
(acumulado)

Datos sanidad mortuoria. Fallecidos*

5.201. Centros sociosanitarios

20.812. Hospitales

1.590. Domicilios.

39. otros lugares

27.642. (Total)

Pacientes Hospitalizados

939
(ingresados en el día)

144.713
(acumulados)

Pacientes en UCI

172
(ingresados en el día)

15.163
(acumulados)

Atención domiciliaria por Atención primaria

790
(seguimiento en el día)

1.399.222
(acumulados)

Altas Hospitalarias

137
(en el día)

128.551
(acumuladas)

Casos positivos de Covid-19

La Comunidad de Madrid consolida diariamente la serie de casos confirmados, asignando a los casos nuevos notificados la fecha en la que se toma la muestra. Se realiza una actualización diaria de la serie de casos que se adjunta.

Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado
25/02/2020	2	2	09/04/2020	1111	54853	23/05/2020	169	83221
26/02/2020	6	8	10/04/2020	1008	55861	24/05/2020	109	83330
27/02/2020	5	13	11/04/2020	624	56485	25/05/2020	409	83739
28/02/2020	13	26	12/04/2020	411	56896	26/05/2020	629	84368
29/02/2020	11	37	13/04/2020	1218	58114	27/05/2020	605	84973
01/03/2020	27	64	14/04/2020	1366	59480	28/05/2020	590	85563
02/03/2020	48	112	15/04/2020	1151	60631	29/05/2020	574	86137
03/03/2020	51	163	16/04/2020	1066	61697	30/05/2020	206	86343
04/03/2020	67	230	17/04/2020	1079	62776	31/05/2020	163	86506
05/03/2020	127	357	18/04/2020	612	63388	01/06/2020	466	86972
06/03/2020	213	570	19/04/2020	271	63659	02/06/2020	617	87589
07/03/2020	246	816	20/04/2020	876	64535	03/06/2020	623	88212
08/03/2020	288	1104	21/04/2020	928	65463	04/06/2020	533	88745
09/03/2020	543	1647	22/04/2020	997	66460	05/06/2020	564	89309
10/03/2020	756	2403	23/04/2020	769	67229	06/06/2020	249	89558
11/03/2020	831	3234	24/04/2020	955	68184	07/06/2020	91	89649
12/03/2020	848	4082	25/04/2020	413	68597	08/06/2020	402	90051
13/03/2020	1029	5111	26/04/2020	221	68818	09/06/2020	443	90494
14/03/2020	953	6064	27/04/2020	990	69808	10/06/2020	445	90939
15/03/2020	849	6913	28/04/2020	949	70757	11/06/2020	485	91424
16/03/2020	1315	8228	29/04/2020	903	71660	12/06/2020	552	91976
17/03/2020	2031	10259	30/04/2020	702	72362	13/06/2020	167	92143
18/03/2020	1834	12093	01/05/2020	307	72669	14/06/2020	63	92206
19/03/2020	2143	14236	02/05/2020	201	72870	15/06/2020	453	92659
20/03/2020	2442	16678	03/05/2020	203	73073	16/06/2020	430	93089
21/03/2020	1743	18421	04/05/2020	779	73852	17/06/2020	423	93512
22/03/2020	1570	19991	05/05/2020	789	74641	18/06/2020	491	94003
23/03/2020	2790	22781	06/05/2020	739	75380	19/06/2020	542	94545
24/03/2020	2977	25758	07/05/2020	627	76007	20/06/2020	161	94706
25/03/2020	3105	28863	08/05/2020	632	76639	21/06/2020	96	94802
26/03/2020	3513	32376	09/05/2020	188	76827	22/06/2020	248	95050
27/03/2020	2506	34882	10/05/2020	137	76964	23/06/2020	417	95467
28/03/2020	1088	35970	11/05/2020	670	77634	24/06/2020	439	95906
29/03/2020	908	36878	12/05/2020	625	78259	25/06/2020	415	96321
30/03/2020	2667	39545	13/05/2020	662	78921	26/06/2020	456	96777
31/03/2020	1944	41489	14/05/2020	714	79635	27/06/2020	159	96936
01/04/2020	1917	43406	15/05/2020	423	80058	28/06/2020	74	97010
02/04/2020	1954	45360	16/05/2020	109	80167	29/06/2020	252	97262
03/04/2020	1896	47256	17/05/2020	134	80301	30/06/2020	414	97676
04/04/2020	953	48209	18/05/2020	517	80818	01/07/2020	331	98007
05/04/2020	577	48786	19/05/2020	578	81396	02/07/2020	326	98333
06/04/2020	1757	50543	20/05/2020	634	82030	03/07/2020	408	98741
07/04/2020	1592	52135	21/05/2020	455	82485	04/07/2020	168	98909
08/04/2020	1607	53742	22/05/2020	567	83052	05/07/2020	77	98986

Casos positivos de Covid-19

La Comunidad de Madrid consolida diariamente la serie de casos confirmados, asignando a los casos nuevos notificados la fecha en la que se toma la muestra. Se realiza una actualización diaria de la serie de casos que se adjunta.

Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado
06/07/2020	213	99199	19/08/2020	3390	140799	02/10/2020	3796	288319
07/07/2020	370	99569	20/08/2020	3264	144063	03/10/2020	968	289287
08/07/2020	321	99890	21/08/2020	4666	148729	04/10/2020	465	289752
09/07/2020	311	100201	22/08/2020	1331	150060	05/10/2020	2187	291939
10/07/2020	472	100673	23/08/2020	686	150746	06/10/2020	3182	295121
11/07/2020	143	100816	24/08/2020	1472	152218	07/10/2020	2921	298042
12/07/2020	84	100900	25/08/2020	4229	156447	08/10/2020	2806	300848
13/07/2020	250	101150	26/08/2020	3668	160115	09/10/2020	2981	303829
14/07/2020	459	101609	27/08/2020	3542	163657	10/10/2020	649	304478
15/07/2020	386	101995	28/08/2020	4720	168377	11/10/2020	558	305036
16/07/2020	325	102320	29/08/2020	1203	169580	12/10/2020	548	305584
17/07/2020	519	102839	30/08/2020	981	170561	13/10/2020	2696	308280
18/07/2020	162	103001	31/08/2020	1618	172179	14/10/2020	2830	311110
19/07/2020	96	103097	01/09/2020	4236	176415	15/10/2020	2597	313707
20/07/2020	306	103403	02/09/2020	3821	180236	16/10/2020	2799	316506
21/07/2020	496	103899	03/09/2020	3780	184016	17/10/2020	672	317178
22/07/2020	460	104359	04/09/2020	5182	189198	18/10/2020	513	317691
23/07/2020	508	104867	05/09/2020	1675	190873	19/10/2020	2347	320038
24/07/2020	782	105649	06/09/2020	1074	191947	20/10/2020	2641	322679
25/07/2020	267	105916	07/09/2020	1901	193848	21/10/2020	2465	325144
26/07/2020	163	106079	08/09/2020	4943	198791	22/10/2020	2271	327415
27/07/2020	450	106529	09/09/2020	4910	203701	23/10/2020	2472	329887
28/07/2020	849	107378	10/09/2020	4657	208358	24/10/2020	593	330480
29/07/2020	809	108187	11/09/2020	6264	214622	25/10/2020	527	331007
30/07/2020	989	109176	12/09/2020	2066	216688	26/10/2020	2118	333125
31/07/2020	1398	110574	13/09/2020	1462	218150	27/10/2020	2262	335387
01/08/2020	417	110991	14/09/2020	2385	220535	28/10/2020	2037	337424
02/08/2020	239	111230	15/09/2020	6000	226535	29/10/2020	2061	339485
03/08/2020	724	111954	16/09/2020	5535	232070	30/10/2020	2235	341720
04/08/2020	1515	113469	17/09/2020	5375	237445	31/10/2020	548	342268
05/08/2020	1378	114847	18/09/2020	7237	244682	01/11/2020	485	342753
06/08/2020	1534	116381	19/09/2020	1766	246448	02/11/2020	563	343316
07/08/2020	2113	118494	20/09/2020	1095	247543	03/11/2020	2116	345432
08/08/2020	634	119128	21/09/2020	2280	249823	04/11/2020	2056	347488
09/08/2020	398	119526	22/09/2020	5163	254986	05/11/2020	1831	349319
10/08/2020	922	120448	23/09/2020	4731	259717	06/11/2020	2015	351334
11/08/2020	2518	122966	24/09/2020	4389	264106	07/11/2020	554	351888
12/08/2020	2235	125201	25/09/2020	5418	269524	08/11/2020	420	352308
13/08/2020	2496	127697	26/09/2020	1429	270953	09/11/2020	1007	353315
14/08/2020	3355	131052	27/09/2020	905	271858	10/11/2020	1745	355060
15/08/2020	936	131988	28/09/2020	1799	273657	11/11/2020	1657	356717
16/08/2020	538	132526	29/09/2020	4222	277879	12/11/2020	1528	358245
17/08/2020	1313	133839	30/09/2020	3565	281444	13/11/2020	1589	359834
18/08/2020	3570	137409	01/10/2020	3079	284523	14/11/2020	398	360232

Casos positivos de Covid-19

La Comunidad de Madrid consolida diariamente la serie de casos confirmados, asignando a los casos nuevos notificados la fecha en la que se toma la muestra. Se realiza una actualización diaria de la serie de casos que se adjunta.

Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado
15/11/2020	329	360561	29/12/2020	4157	409826	11/02/2021	2434	578635
16/11/2020	1241	361802	30/12/2020	4830	414656	12/02/2021	2800	581435
17/11/2020	1383	363185	31/12/2020	1348	416004	13/02/2021	628	582063
18/11/2020	1277	364462	01/01/2021	715	416719	14/02/2021	407	582470
19/11/2020	1092	365554	02/01/2021	1292	418011	15/02/2021	2133	584603
20/11/2020	1221	366775	03/01/2021	1152	419163	16/02/2021	2357	586960
21/11/2020	316	367091	04/01/2021	4703	423866	17/02/2021	2031	588991
22/11/2020	205	367296	05/01/2021	7364	431230	18/02/2021	1859	590850
23/11/2020	1024	368320	06/01/2021	1504	432734	19/02/2021	2010	592860
24/11/2020	1066	369386	07/01/2021	4649	437383	20/02/2021	486	593346
25/11/2020	1048	370434	08/01/2021	6338	443721	21/02/2021	414	593760
26/11/2020	970	371404	09/01/2021	486	444207	22/02/2021	1569	595329
27/11/2020	1144	372548	10/01/2021	525	444732	23/02/2021	1904	597233
28/11/2020	305	372853	11/01/2021	4460	449192	24/02/2021	1604	598837
29/11/2020	180	373033	12/01/2021	4620	453812	25/02/2021	1379	600216
30/11/2020	955	373988	13/01/2021	5533	459345	26/02/2021	1626	601842
01/12/2020	1110	375098	14/01/2021	5827	465172	27/02/2021	505	602347
02/12/2020	1141	376239	15/01/2021	6654	471826	28/02/2021	319	602666
03/12/2020	1002	377241	16/01/2021	1643	473469	01/03/2021	1396	604062
04/12/2020	1037	378278	17/01/2021	1251	474720	02/03/2021	1495	605557
05/12/2020	296	378574	18/01/2021	5833	480553	03/03/2021	1475	607032
06/12/2020	259	378833	19/01/2021	7881	488434	04/03/2021	1328	608360
07/12/2020	367	379200	20/01/2021	6512	494946	05/03/2021	1586	609946
08/12/2020	340	379540	21/01/2021	6070	501016	06/03/2021	408	610354
09/12/2020	1332	380872	22/01/2021	7355	508371	07/03/2021	295	610649
10/12/2020	1531	382403	23/01/2021	1714	510085	08/03/2021	1312	611961
11/12/2020	1848	384251	24/01/2021	1154	511239	09/03/2021	1546	613507
12/12/2020	425	384676	25/01/2021	5671	516910	10/03/2021	1395	614902
13/12/2020	318	384994	26/01/2021	6665	523575	11/03/2021	1330	616232
14/12/2020	1320	386314	27/01/2021	5941	529516	12/03/2021	1656	617888
15/12/2020	1557	387871	28/01/2021	5529	535045	13/03/2021	434	618322
16/12/2020	1592	389463	29/01/2021	6120	541165	14/03/2021	310	618632
17/12/2020	1385	390848	30/01/2021	1378	542543	15/03/2021	1368	620000
18/12/2020	1561	392409	31/01/2021	900	543443	16/03/2021	1645	621645
19/12/2020	455	392864	01/02/2021	4216	547659	17/03/2021	1584	623229
20/12/2020	362	393226	02/02/2021	5097	552756	18/03/2021	1846	625075
21/12/2020	1507	394733	03/02/2021	4369	557125	19/03/2021	451	625526
22/12/2020	1681	396414	04/02/2021	3880	561005	20/03/2021	514	626040
23/12/2020	2853	399267	05/02/2021	4405	565410	21/03/2021	392	626432
24/12/2020	959	400226	06/02/2021	955	566365	22/03/2021	1686	628118
25/12/2020	494	400720	07/02/2021	534	566899	23/03/2021	2084	630202
26/12/2020	873	401593	08/02/2021	2923	569822	24/03/2021	1950	632152
27/12/2020	794	402387	09/02/2021	3463	573285	25/03/2021	1924	634076
28/12/2020	3282	405669	10/02/2021	2916	576201	26/03/2021	2164	636240

Casos positivos de Covid-19

La Comunidad de Madrid consolida diariamente la serie de casos confirmados, asignando a los casos nuevos notificados la fecha en la que se toma la muestra. Se realiza una actualización diaria de la serie de casos que se adjunta.

Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado
27/03/2021	667	636907	10/05/2021	1407	713196	23/06/2021	556	744727
28/03/2021	489	637396	11/05/2021	1509	714705	24/06/2021	539	745266
29/03/2021	1875	639271	12/05/2021	1446	716151	25/06/2021	649	745915
30/03/2021	2225	641496	13/05/2021	1274	717425	26/06/2021	218	746133
31/03/2021	2701	644197	14/05/2021	1537	718962	27/06/2021	175	746308
01/04/2021	735	644932	15/05/2021	367	719329	28/06/2021	657	746965
02/04/2021	694	645626	16/05/2021	341	719670	29/06/2021	844	747809
03/04/2021	909	646535	17/05/2021	1271	720941	30/06/2021	889	748698
04/04/2021	684	647219	18/05/2021	1453	722394	01/07/2021	899	749597
05/04/2021	2557	649776	19/05/2021	1249	723643	02/07/2021	1077	750674
06/04/2021	2956	652732	20/05/2021	1153	724796	03/07/2021	444	751118
07/04/2021	2699	655431	21/05/2021	1396	726192	04/07/2021	390	751508
08/04/2021	2446	657877	22/05/2021	331	726523	05/07/2021	1251	752759
09/04/2021	2844	660721	23/05/2021	274	726797	06/07/2021	1878	754637
10/04/2021	709	661430	24/05/2021	1021	727818	07/07/2021	1982	756619
11/04/2021	618	662048	25/05/2021	1174	728992	08/07/2021	2224	758843
12/04/2021	2243	664291	26/05/2021	1034	730026	09/07/2021	2547	761390
13/04/2021	2726	667017	27/05/2021	999	731025	10/07/2021	1142	762532
14/04/2021	2541	669558	28/05/2021	1102	732127	11/07/2021	1065	763597
15/04/2021	2388	671946	29/05/2021	288	732415	12/07/2021	3065	766662
16/04/2021	2815	674761	30/05/2021	249	732664	13/07/2021	3846	770508
17/04/2021	857	675618	31/05/2021	886	733550	14/07/2021	4251	774759
18/04/2021	624	676242	01/06/2021	887	734437	15/07/2021	4192	778951
19/04/2021	2379	678621	02/06/2021	851	735288	16/07/2021	4779	783730
20/04/2021	2764	681385	03/06/2021	746	736034	17/07/2021	1931	785661
21/04/2021	2438	683823	04/06/2021	733	736767	18/07/2021	1616	787277
22/04/2021	2389	686212	05/06/2021	257	737024	19/07/2021	4559	791836
23/04/2021	2780	688992	06/06/2021	134	737158	20/07/2021	5322	797158
24/04/2021	674	689666	07/06/2021	628	737786	21/07/2021	5229	802387
25/04/2021	504	690170	08/06/2021	676	738462	22/07/2021	4932	807319
26/04/2021	2165	692335	09/06/2021	602	739064	23/07/2021	5540	812859
27/04/2021	2524	694859	10/06/2021	478	739542	24/07/2021	1780	814639
28/04/2021	2280	697139	11/06/2021	612	740154	25/07/2021	1345	815984
29/04/2021	2106	699245	12/06/2021	164	740318	26/07/2021	4561	820545
30/04/2021	2361	701606	13/06/2021	123	740441	27/07/2021	5240	825785
01/05/2021	543	702149	14/06/2021	485	740926	28/07/2021	5005	830790
02/05/2021	485	702634	15/06/2021	569	741495	29/07/2021	4556	835346
03/05/2021	557	703191	16/06/2021	458	741953	30/07/2021	4970	840316
04/05/2021	1687	704878	17/06/2021	403	742356	31/07/2021	1312	841628
05/05/2021	2094	706972	18/06/2021	464	742820	01/08/2021	979	842607
06/05/2021	1874	708846	19/06/2021	162	742982	02/08/2021	3409	846016
07/05/2021	2104	710950	20/06/2021	168	743150	03/08/2021	3888	849904
08/05/2021	475	711425	21/06/2021	496	743646	04/08/2021	3408	853312
09/05/2021	364	711789	22/06/2021	525	744171	05/08/2021	3017	856329

Casos positivos de Covid-19

La Comunidad de Madrid consolida diariamente la serie de casos confirmados, asignando a los casos nuevos notificados la fecha en la que se toma la muestra. Se realiza una actualización diaria de la serie de casos que se adjunta.

Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado
06/08/2021	3479	859808	19/09/2021	108	906457	02/11/2021	467	918639
07/08/2021	898	860706	20/09/2021	442	906899	03/11/2021	513	919152
08/08/2021	657	861363	21/09/2021	458	907357	04/11/2021	464	919616
09/08/2021	2555	863918	22/09/2021	428	907785	05/11/2021	520	920136
10/08/2021	3061	866979	23/09/2021	370	908155	06/11/2021	147	920283
11/08/2021	2478	869457	24/09/2021	466	908621	07/11/2021	115	920398
12/08/2021	2238	871695	25/09/2021	104	908725	08/11/2021	531	920929
13/08/2021	2513	874208	26/09/2021	90	908815	09/11/2021	358	921287
14/08/2021	559	874767	27/09/2021	394	909209	10/11/2021	552	921839
15/08/2021	522	875289	28/09/2021	358	909567	11/11/2021	601	922440
16/08/2021	1926	877215	29/09/2021	333	909900	12/11/2021	735	923175
17/08/2021	2053	879268	30/09/2021	291	910191	13/11/2021	182	923357
18/08/2021	1978	881246	01/10/2021	327	910518	14/11/2021	145	923502
19/08/2021	1652	882898	02/10/2021	85	910603	15/11/2021	707	924209
20/08/2021	1954	884852	03/10/2021	75	910678	16/11/2021	763	924972
21/08/2021	479	885331	04/10/2021	324	911002	17/11/2021	797	925769
22/08/2021	384	885715	05/10/2021	348	911350	18/11/2021	781	926550
23/08/2021	1592	887307	06/10/2021	278	911628	19/11/2021	995	927545
24/08/2021	1691	888998	07/10/2021	280	911908	20/11/2021	205	927750
25/08/2021	1553	890551	08/10/2021	321	912229	21/11/2021	203	927953
26/08/2021	1365	891916	09/10/2021	90	912319	22/11/2021	885	928838
27/08/2021	1478	893394	10/10/2021	59	912378	23/11/2021	1049	929887
28/08/2021	394	893788	11/10/2021	370	912748	24/11/2021	1022	930909
29/08/2021	291	894079	12/10/2021	76	912824	25/11/2021	904	931813
30/08/2021	1114	895193	13/10/2021	310	913134	26/11/2021	1278	933091
31/08/2021	1298	896491	14/10/2021	317	913451	27/11/2021	279	933370
01/09/2021	1040	897531	15/10/2021	355	913806	28/11/2021	243	933613
02/09/2021	858	898389	16/10/2021	99	913905	29/11/2021	1203	934816
03/09/2021	977	899366	17/10/2021	93	913998	30/11/2021	1461	936277
04/09/2021	241	899607	18/10/2021	347	914345	01/12/2021	1374	937651
05/09/2021	213	899820	19/10/2021	405	914750	02/12/2021	1414	939065
06/09/2021	704	900524	20/10/2021	389	915139	03/12/2021	1898	940963
07/09/2021	858	901382	21/10/2021	338	915477	04/12/2021	422	941385
08/09/2021	678	902060	22/10/2021	375	915852	05/12/2021	298	941683
09/09/2021	536	902596	23/10/2021	108	915960	06/12/2021	376	942059
10/09/2021	682	903278	24/10/2021	85	916045	07/12/2021	2096	944155
11/09/2021	152	903430	25/10/2021	294	916339	08/12/2021	650	944805
12/09/2021	121	903551	26/10/2021	362	916701	09/12/2021	2465	947270
13/09/2021	570	904121	27/10/2021	358	917059	10/12/2021	3495	950765
14/09/2021	545	904666	28/10/2021	339	917398	11/12/2021	998	951763
15/09/2021	513	905179	29/10/2021	442	917840	12/12/2021	783	952546
16/09/2021	504	905683	30/10/2021	116	917956	13/12/2021	4146	956692
17/09/2021	538	906221	31/10/2021	96	918052	14/12/2021	6218	962910
18/09/2021	128	906349	01/11/2021	120	918172	15/12/2021	7973	970883

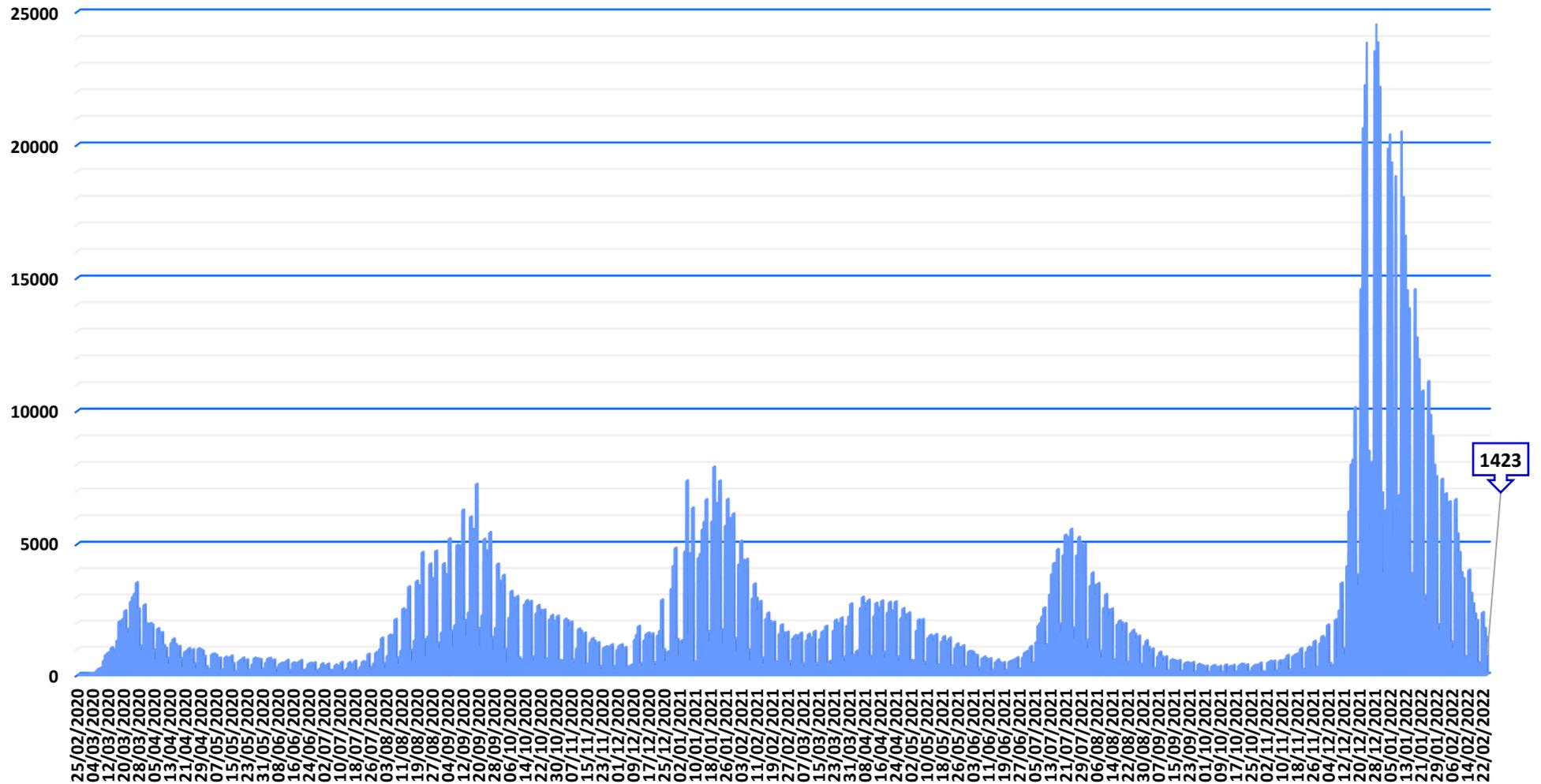
Casos positivos de Covid-19

La Comunidad de Madrid consolida diariamente la serie de casos confirmados, asignando a los casos nuevos notificados la fecha en la que se toma la muestra. Se realiza una actualización diaria de la serie de casos que se adjunta.

Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado	Fecha Notificación	Total Diario	Total Acumulado
16/12/2021	8161	979044	29/01/2022	1911	1512047
17/12/2021	10120	989164	30/01/2022	1691	1513738
18/12/2021	3811	992975	31/01/2022	7422	1521160
19/12/2021	3399	996374	01/02/2022	6481	1527641
20/12/2021	14562	1010936	02/02/2022	6877	1534518
21/12/2021	20606	1031542	03/02/2022	6538	1541056
22/12/2021	22226	1053768	04/02/2022	6578	1547634
23/12/2021	23820	1077588	05/02/2022	1247	1548881
24/12/2021	8477	1086065	06/02/2022	964	1549845
25/12/2021	5442	1091507	07/02/2022	6657	1556502
26/12/2021	8084	1099591	08/02/2022	5368	1561870
27/12/2021	23498	1123089	09/02/2022	4667	1566537
28/12/2021	24551	1147640	10/02/2022	3898	1570435
29/12/2021	23833	1171473	11/02/2022	3673	1574108
30/12/2021	22166	1193639	12/02/2022	692	1574800
31/12/2021	6911	1200550	13/02/2022	611	1575411
01/01/2022	3880	1204430	14/02/2022	3991	1579402
02/01/2022	6266	1210696	15/02/2022	3107	1582509
03/01/2022	19838	1230534	16/02/2022	2705	1585214
04/01/2022	20375	1250909	17/02/2022	2324	1587538
05/01/2022	19317	1270226	18/02/2022	2067	1589605
06/01/2022	5310	1275536	19/02/2022	458	1590063
07/01/2022	18802	1294338	20/02/2022	372	1590435
08/01/2022	5966	1300304	21/02/2022	2370	1592805
09/01/2022	6834	1307138	22/02/2022	1767	1594572
10/01/2022	20485	1327623	23/02/2022	1423	1595995
11/01/2022	18016	1345639			
12/01/2022	16560	1362199			
13/01/2022	14508	1376707			
14/01/2022	13833	1390540			
15/01/2022	3862	1394402			
16/01/2022	3867	1398269			
17/01/2022	14553	1412822			
18/01/2022	12731	1425553			
19/01/2022	11926	1437479			
20/01/2022	10693	1448172			
21/01/2022	10738	1458910			
22/01/2022	3012	1461922			
23/01/2022	2801	1464723			
24/01/2022	11094	1475817			
25/01/2022	9815	1485632			
26/01/2022	9029	1494661			
27/01/2022	7952	1502613			
28/01/2022	7523	1510136			



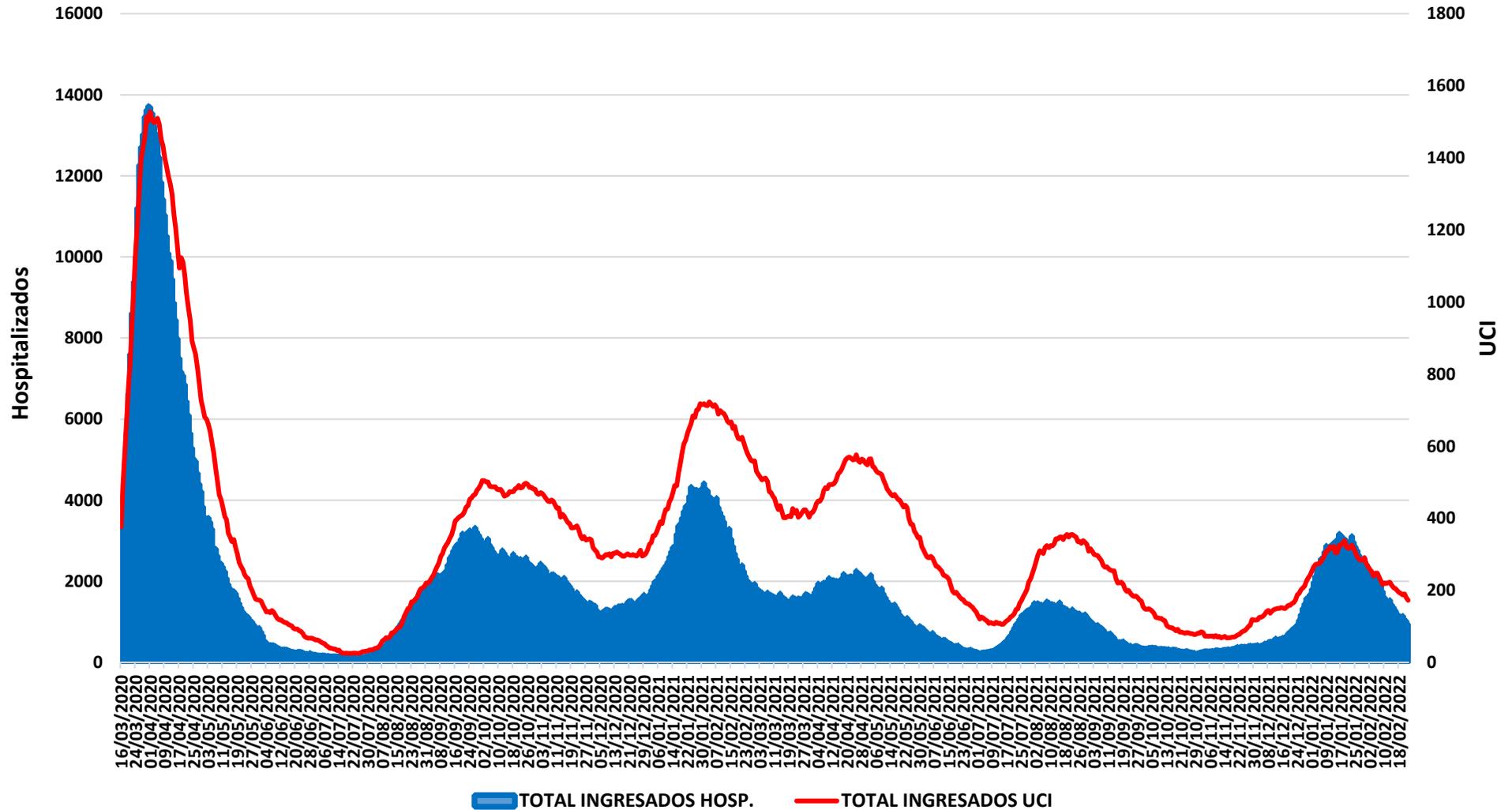
Evolución casos positivos de Covid-19



Fuente: Dirección General de Salud Pública.



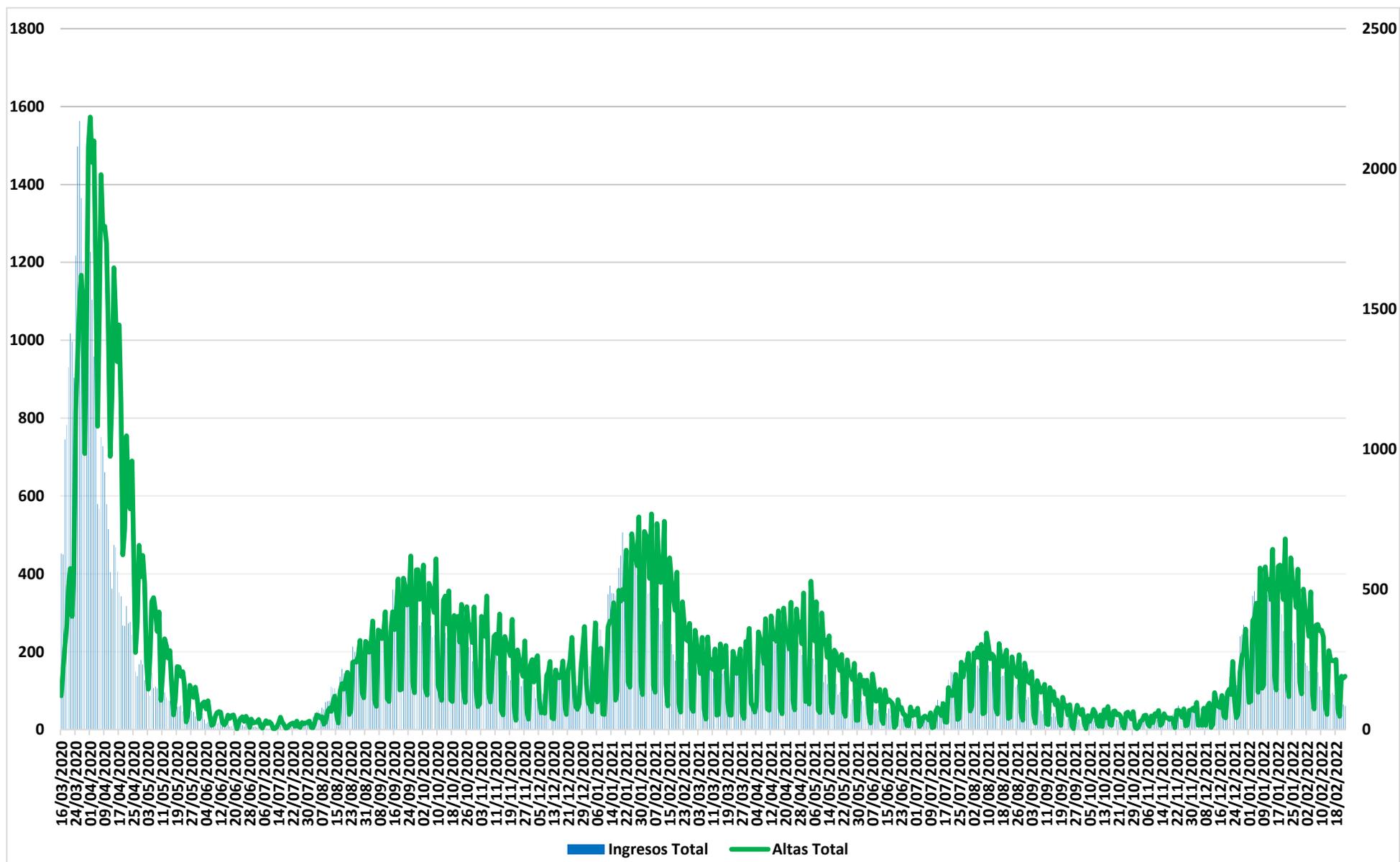
Evolución casos hospitalizados y UCI



Fuente: SERMAS y hospitales privados.



Evolución ingresos y altas



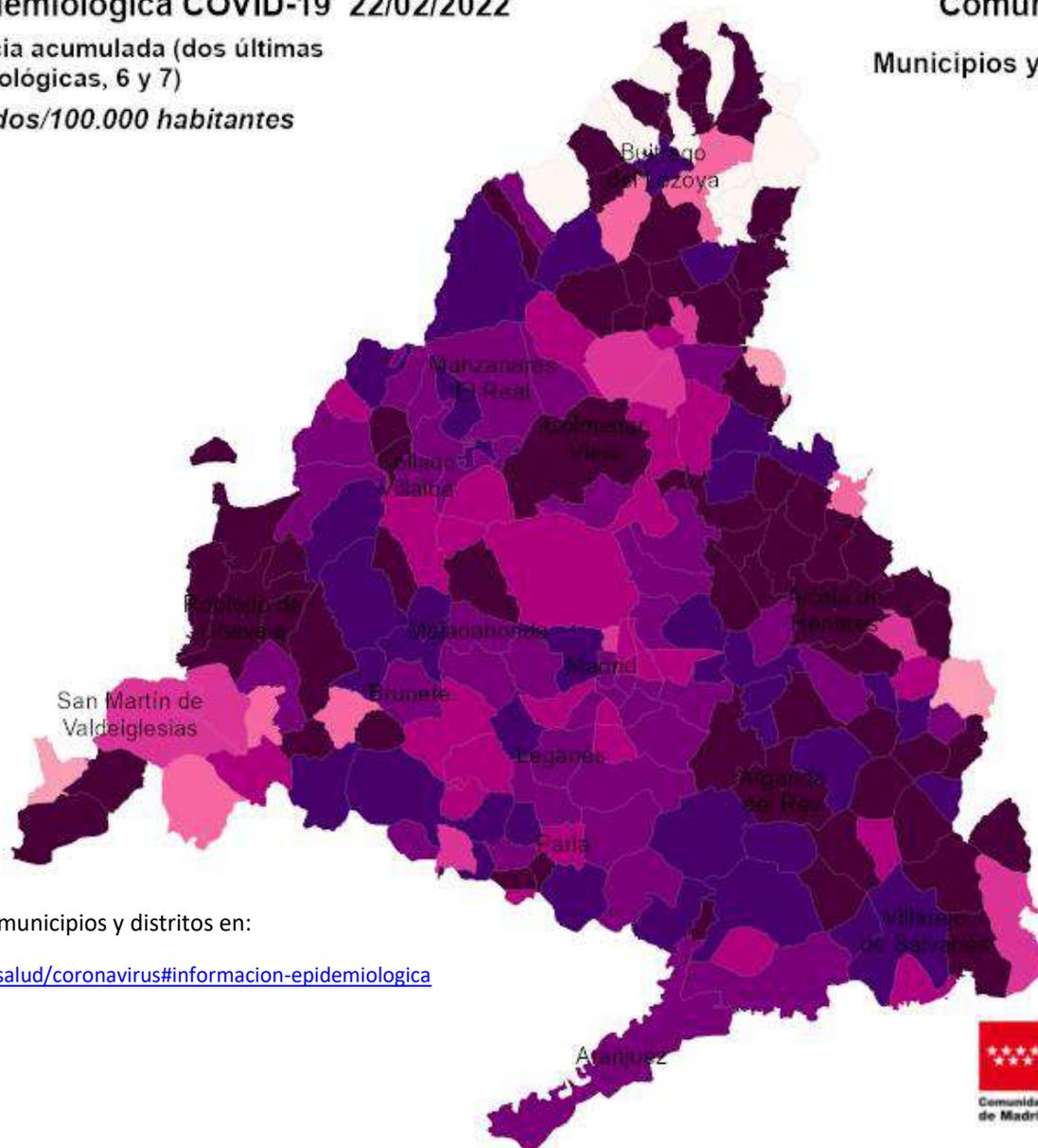


Situación epidemiológica COVID-19 22/02/2022

Tasas de incidencia acumulada (dos últimas semanas epidemiológicas, 6 y 7)

Casos confirmados/100.000 habitantes

Comunidad de Madrid
Municipios y Distritos (Madrid)



Consulta toda la información sobre los municipios y distritos en:

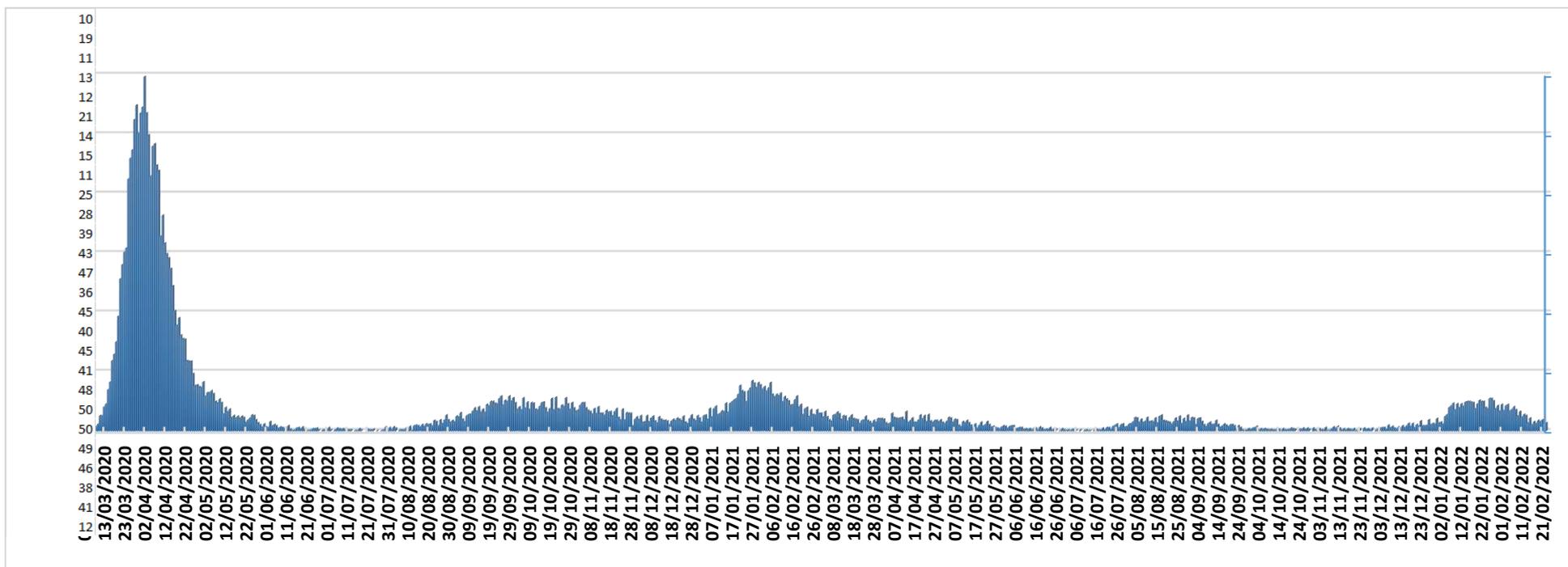
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/coronavirus#informacion-epidemiologica>

10 Km





Evolución fallecidos



Datos Sanidad Mortuoria *	
Hospitales	20.812
Domicilios	1.590
Centros sociosanitarios	5.201
Otros lugares	39
Total	27.642

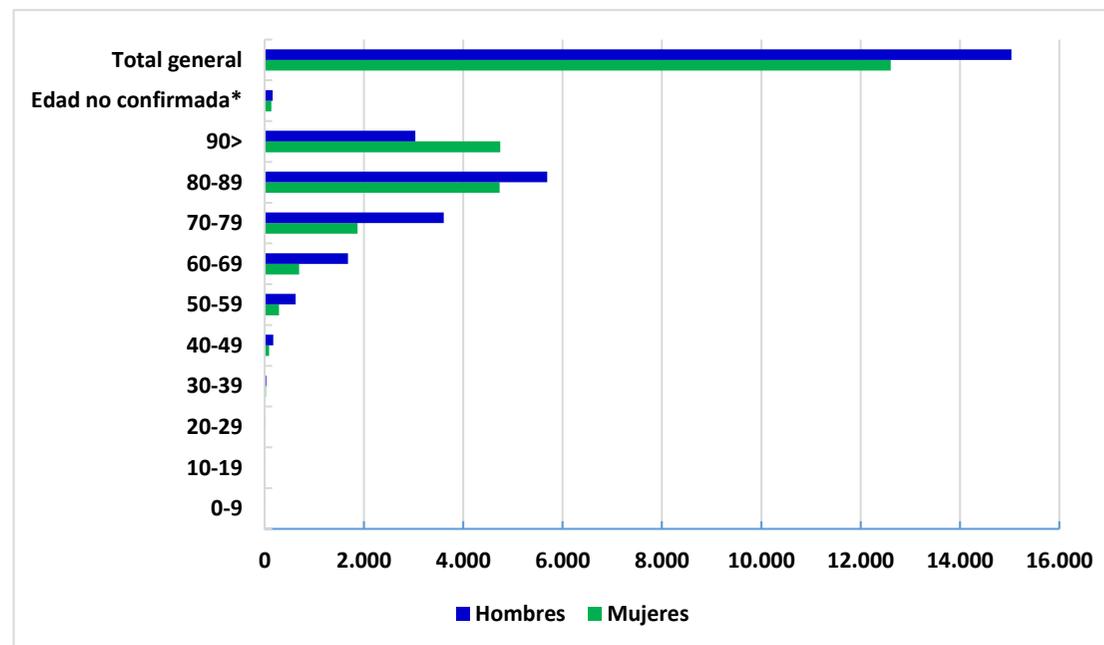
*Fallecidos con sospecha o con confirmación de Covid-19 según certificado de defunción.



Fallecidos según edad y sexo

Edad	Mujeres	Hombres	Total
0-9	2	10	12
10-19	5	4	9
20-29	7	14	21
30-39	26	36	62
40-49	91	176	267
50-59	290	623	913
60-69	694	1.682	2.376
70-79	1.872	3.606	5.478
80-89	4.733	5.687	10.420
90>	4.748	3.035	7.783
Edad no confirmada*	138	163	301
Total general	12.606	15.036	27.642

*Sin fecha de nacimiento en el certificado de defunción





DATOS DE AYER, PARA QUE PUEDA COMPARARLOS CON LOS DE HOY



DATOS COVID-19 COMUNIDAD DE MADRID

23/2/2022.
(Datos cierre día anterior)

CASOS POSITIVOS

2.716
(casos nuevos notificados incorporados)

1.657
(casos nuevos notificados de las últimas 24h)

1.593.442
(acumulados)

Fallecidos Hospitales

15
(en el día)

20.018
(acumulado)

Datos sanidad mortuoria. Fallecidos*

5.201. Centros
socio-sanitarios

20.812. Hospitales

1.590. Domicilios.

39. otros lugares

27.642. (Total)

Pacientes Hospitalizados

1.016
(ingresados en el día)

144.638
(acumulados)

Pacientes en UCI

179
(ingresados en el día)

15.153
(acumulados)

Atención domiciliar por Atención primaria

770
(seguimiento en el día)

1.397.730
(acumulados)

Altas Hospitalarias

132
(en el día)

128.414
(acumuladas)

La subvariante Ómicron «sigilosa» acelera su expansión en España

►El último informe de Sanidad refleja que los casos se han duplicado –e incluso triplicado– en la última semana

Marta de Andrés. MADRID

El linaje de Ómicron que más preocupa a los científicos de todo el mundo, el BA.2, tanto por su mayor transmisibilidad como por la ventaja de crecimiento que presenta frente a la variante original, BA.1, está siguiendo en España un comportamiento similar al observado en otros países como Dinamarca, Reino Unido, Suecia India o Singapur.

Según los datos de la última actualización de la situación epidemiológica de las variantes de SARS-CoV-2 en España, publicada por el Ministerio de Sanidad el pasado martes 22 de febrero, Ómicron «sigilosa» –denominada así porque no cuenta con la mutación característica en el que gen S que hace que la original sea identificada fácilmente– se ha detectado en un porcentaje creciente de casos. Aunque BA.1 sigue siendo la predominante en la secuenciación aleatoria de muestras, el informe evidencia cómo los casos se han multiplicado por dos, por tres y hasta por cuatro en la última semana (la del 14 al 20 de febrero) frente a la anterior.

A nivel mundial, la proporción de secuencias notificadas designadas como BA.2 ha aumentado en relación con BA.1 en las últimas

semanas, según los datos compartidos ayer por el Grupo Asesor Técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Evolución del Virus SARS-CoV-2 (TAG-VE), que enfatizó que BA.2 debe seguir siendo monitoreado como un sublinaje distinto de Ómicron por las autoridades de salud pública.

La primera evidencia constatada es que BA.2 tiene una ventaja de crecimiento sobre BA.1. El motivo se sigue analizando, pero los datos iniciales sugieren que BA.2 parece inherentemente más transmisible que BA.1, que actualmente sigue siendo el sublinaje Ómicron dominante. Esta diferencia de transmisibilidad parece ser mucho menor que la que existe entre BA.1 y Delta. Además, aunque las secuencias BA.2 están aumentando en proporción con respecto a otros sublinajes de Ómicron (BA.1 y BA.1.1), se constata una disminución en los casos

generales en el mundo. Otro aspecto que se está evaluando es el riesgo de reinfección con BA.2 en comparación con BA.1. Aunque se ha documentado la reinfección con BA.2 después de la infección con BA.1, los datos iniciales sugieren que la infección con esta última brinda una fuerte protección contra la reinfección con BA.2. «Una persona que se ha infectado con la variante Ómicron original estaría protegida frente a una reinfección con la misma y frente a BA.2, más incluso que frente a Delta», señala Estanislao Nistal, profesor de Inmunología Clínica de la Universidad San Pablo-CEU.

Los datos en el mundo real no muestran mayor gravedad frente a la variante original

LA EXPANSIÓN DEL NUEVO LINAJE

Porcentaje de probables Ómicron (linaje BA.2) estimado mediante marcador PCR específica y número de muestras analizadas (n) durante las semanas epidemiológicas a las que se hace referencia

Comunidad autónoma	Última semana epidemiológica con datos disponibles*	% Probable Ómicron (BA.2) (n)	% semana previa (n)
Andalucía	7	3,2 (887)	1,5 (884)
Baleares	6	9,8 (990)	2,6 (1.410)
Canarias	6	19 (1.287)	8,7 (1.561)
Cantabria	6	2,5 (1.591)	1,2 (2.370)
Castilla y León	6	0,2 (433)	1,4 (516)
Cataluña	6	5,4 (762)	7,1 (254)
Extremadura	6	3,7 (218)	0,3 (318)
Galicia	6	9,6 (1.544)	2 (869)
Navarra	6	1,8 (226)	4 (299)
País Vasco	6	7,2 (2.015)	1,8 (3.403)

Fuente: Ministerio de Sanidad *Semana 7: 14/02 a 20/02; semana 6: 04/02 a 13/02

Infografía LA RAZÓN

El grupo también analizó datos de laboratorio preliminares de Japón generados a través de una investigación con modelos animales sin inmunidad al SARS-CoV-2, que mostró que BA.2 puede causar una enfermedad más grave, un 40% más transmisible y frente a la que la inmunidad humoral inducida por la vacunación no es tan efectiva, en comparación con BA.1. «Se trata de una investigación en hánders, por lo que los resultados no se pueden considerar más allá de una indicación. Hasta que estas afirmaciones no se prueben en el mundo real no hay motivo para alarma, solo para alertar», explica Nistal.

De hecho, el análisis de los datos del mundo real sobre la gravedad clínica de BA.2 en Sudáfrica, Reino Unido y Dinamarca, donde la inmunidad por vacunación o infección natural es alta, no muestran diferencias de gravedad.

¿Y si Ómicron deja de ser la variante «leve»?

►Un texto científico publicado en la revista «Journal of Medical Virology» y que analiza los cinco subgrupos de BA.2 en el mundo pone el foco en uno de ellos, presente en Dinamarca y Suecia. La diferencia clave está en una mutación en el gen ORF3a, conocida como H78Y, y se piensa que pueda ser más transmisible todavía. El epidemiólogo estadounidense Eric Feigl-Ding advirtió en sus redes sociales el martes del rápido crecimiento de este sublinaje en Dinamarca, calificándolo de «extra-agresivo».

Garzón ve apoyo a sus «verdades científicas»

►Convencido de que muchos españoles le dan la razón sobre las macrogranjas

J.C. MADRID

El ministro de Consumo, Alberto Garzón, cree que las «polémicas» generadas recientemente en torno al consumo de carne y de la producción en «macrogranjas» incrementan el número de personas que «simpatizan» y «empatizan» con sus tesis.

Durante su participación en la presentación del informe «Atlas de la carne» elaborado por la Fundación Heinrich-Böll y Amigos de la Tierra, el ministro aseguró tener

«la sensación» de que «cada vez es más la gente que, cuando se abre una polémica de esta naturaleza, simpatiza y empatiza con lo que nosotros estamos diciendo».

La reciente polémica generada en torno a las macrogranjas se suma el debate que generó en verano pasado cuando pidió a los españoles que cambiasen la dieta por que comen carne de forma «excesiva» y eso perjudica a su salud y a la del planeta.

Para Garzón, «lo que hemos dicho, y ha alimentado polémicas anteriores, son verdades científicas».

Y se ha mostrado «orgullosa» de «ser una de las personas» que lleva a cabo esa labor de concienciación.

Sin embargo, ayer mismo Consumidores en Acción (Fucua) no mostró tanta admiración por el ministro, ya que ha exigido a su Ministerio de Consumo que dé explicaciones acerca de por qué lleva ocultando cinco meses que se había originado una alerta alimentaria tras la detección de huevos de origen español contaminados con salmonela en septiembre de 2021 en Francia, un brote que

actualmente ha dejado 272 afectados y dos muertos.

Fucua ve inaceptable que no actuara con la transparencia y se hiciera eco de la alerta lanzada por las autoridades francesas para trasladar a los consumidores españoles la máxima información sobre los productos afectados. La investigación europea señala que además de huevos frescos para su consumo directo, las granjas españolas conexas con el brote también destinaban parte de su producción a otras industrias alimentarias.

INFORME DE PRESENCIA DE SARS-CoV-2 EN EL AGUA RESIDUAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (SISTEMA VIGÍA)

(actualizado 24/02/2022)

En el presente informe se muestran:

1. Gráficos de evolución general para toda la Comunidad de Madrid, Madrid capital y resto de la Comunidad de Madrid (gráficos 1, 2 y 3).
2. Gráfico de evolución del estado general de los puntos de muestreo según el siguiente código de colores (gráfico 4):
 - Rojo: pozos con aumento de presencia de SARS-CoV-2.
 - Naranja: pozos con tendencia decreciente de la media móvil con una variación no mayor del 33%.
 - Amarillo: pozos con tendencia decreciente de la media móvil con una variación superior al 33%.
 - Verde: pozos sin presencia de SARS-CoV-2 en dos muestras sucesivas.

***En periodos de lluvia los resultados en el agua residual pueden verse afectados por la dilución de las aguas.**



Gráfico 1. Evolución general de la Comunidad de Madrid



Gráfico 2. Evolución general de la ciudad de Madrid



Gráfico 3. Evolución general de la Comunidad de Madrid, excluyendo la capital

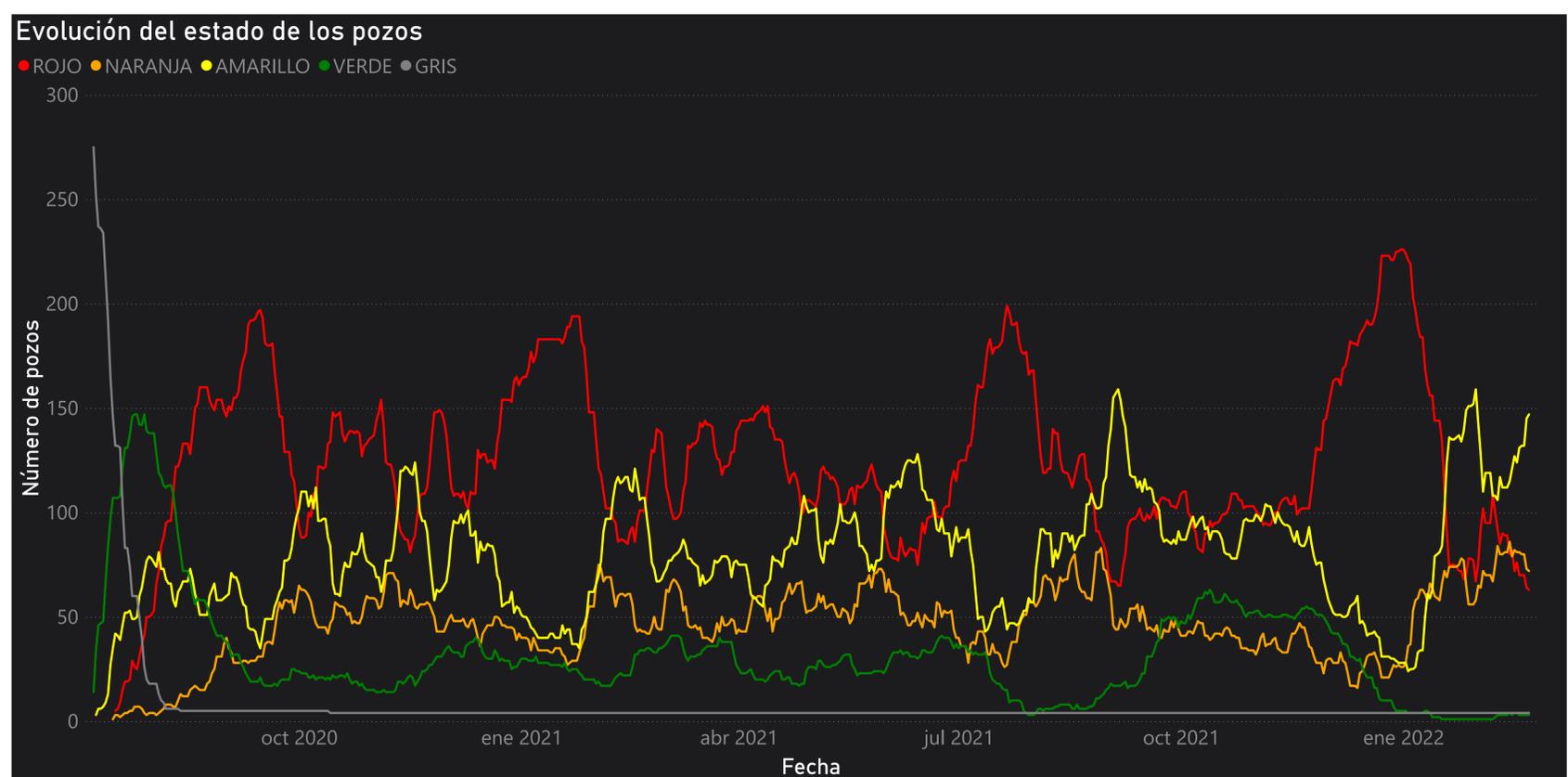


Gráfico 4. Evolución del estado general de los pozos de muestreo

CATALUÑA REGISTRA 3.981 CASOS Y 17 MUERTES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS

- El riesgo de rebrote baja de los 800 puntos y se sitúa en 794



(E.P.)- Cataluña registró hasta el pasado jueves 2.391.092 casos confirmados acumulados de coronavirus desde el inicio de la pandemia --2.308.836 con una prueba PCR o test de antígenos--, 3.981 casos más que en el recuento del miércoles, informa la Conselleria de Salut de la Generalitat a través de su página web.

El total de fallecidos desde el inicio de la pandemia es de 26.549, 17 más que en el recuento anterior: son 16.781 en hospital o centro sanitario, 4.732 en residencia, 1.349 en domicilio y 3.687 que no son clasificables por falta de información.

En cuanto a los pacientes ingresados actualmente, hay 1.504 personas hospitalizadas, 100 menos que en el último recuento. Un total de 232 pacientes se encuentran ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) de centros públicos y privados, 13 menos que en el último recuento: 170 necesitan ventilación invasiva (intubación), 12 requieren oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), y 50, apoyo sin intubación.

La velocidad de reproducción de la enfermedad (r_t) sube a 0,80 y el porcentaje de positividad de los test de antígenos y PCR se sitúa en 13,60% --sin contabilizar los notificados por las farmacias--, mientras que la incidencia acumulada en los últimos 14 días es de 1.035,33 por cada 100.000 habitantes y la media de edad de los casos confirmados es de 35,45 años. La tasa del riesgo de rebrote ha bajado: el miércoles se situaba en 815 y 24 horas después está en 794.

Vacunación

Catalunya ha administrado la primera dosis de la vacuna contra el coronavirus a un total de 6.479.066 personas desde que empezó la campaña de vacunación, de los que 6.255.281 ya tienen la pauta completa, y hay 3.201.823 inmunizados con tercera dosis.

En porcentajes, el 81,7% de la población catalana está vacunada con al menos una dosis de la vacuna, mientras que un 78,3% ya tiene la pauta completa de la vacunación.

CAEN A 509 LOS HOSPITALIZADOS POR COVID EN GALICIA, 55 MENOS, MIENTRAS SUBEN LIGERAMENTE LOS CONTAGIOS A 1.676

- **Los casos activos descienden a 22.477 y la Comunidad gallega suma cuatro fallecidos más por este coronavirus**

(E.P.)- Los hospitalizados por la Covid-19 en Galicia se reducen hasta los 509, que suponen 55 menos que la jornada anterior, con la de Lugo como única área sanitaria sin ingresados en UCI; mientras que los nuevos contagios suben ligeramente hasta los 1.676 --que implican 94 más--. Los casos activos siguen en descenso y se sitúan en 22.477 y la tasa de positividad también baja a un 11 por ciento.

Según los datos actualizados el pasado jueves por la Consellería de Sanidade, con registros hasta las 18,00 horas del miércoles, recogidos por Europa Press, bajan a 25 los pacientes ingresados por UCI debido a la Covid-19 en Galicia --cuatro menos-- y a 484 los hospitalizados en unidades convencionales --51 menos-- y 21.968 permanecen en seguimiento domiciliario. Hace una semana había 598 hospitalizados.

Por áreas sanitarias, la presión hospitalaria se alivia en las siete, con la de Vigo a la cabeza, en la que quedan dos pacientes Covid en UCI --uno menos-- y 60 en otras unidades --11 menos--. En la de A Coruña y Cee bajan a seis los críticos --uno menos-- y a 117 los de otras unidades --nueve menos--.

En cuanto a la de Ourense, se mantienen seis pacientes en UCI por la Covid, pero bajan a 67 los ingresados en otras unidades --diez menos--; mientras que en la de Pontevedra y O Salnés queda uno en críticos --uno menos-- y descienden a 74 los hospitalizados en otras unidades --ocho menos--. El área de Lugo es la única de las siete gallegas que ya no tiene pacientes Covid en UCI --el miércoles había uno-- , mientras que los ingresados en otras unidades bajan a 46 --cinco menos--.

Por su lado, en el área de Santiago y Barbanza bajan a seis los pacientes Covid en UCI --uno menos-- y a 85 los ingresados en otras unidades --cuatro menos--; mientras que en la de Ferrol aumentan a cuatro los críticos --uno más-- , pero descienden a 35 los hospitalizados en otras unidades --cuatro menos--.

Menos casos activos

En cuanto a los casos activos, vuelven a descender y se sitúan en 22.477, que suponen 357 menos que la jornada anterior, al haber de nuevo más altas (2.029) que contagios (1.676), a lo que se suman cuatro víctimas mortales. Hace una semana --el jueves 17 de febrero-- había 33.355 infecciones activas.

Sin embargo, en esta ocasión la caída no es generalizada en las siete áreas sanitarias gallegas, ya que en la de Lugo aumentan ligeramente (+30), mientras que en las cinco descienden con la de A Coruña y Cee a la cabeza (-186), seguida de las de Ourense (-87), Pontevedra y O Salnés (-62), Vigo (-28) y Santiago y Barbanza (-17); y en la de Ferrol no hay cambios.

Por tanto, con más infecciones activas sigue el área de A Coruña, con 4.724 casos; seguida de la de Vigo, con 4.527; Santiago y Barbanza, con 3.918; Lugo, con 2.702; Ourense, con 2.679; Pontevedra y O Salnés, con 2.392, y a la cola se mantiene la de Ferrol, con 1.307.

Según el último informe actualizado este pasado miércoles 23 de febrero por el Ministerio de Sanidad, la incidencia acumulada a 14 días en Galicia baja de nuevo hasta situarse en 1.126,26 casos por 100.000 habitantes --el martes había 1.194,85--, mientras que la media nacional se reduce a 676,65.

Más contagios

Por su parte, los nuevos contagios de Covid-19 aumentan a 1.676, que suponen 94 más que los 1.582 registrados el pasado miércoles, tras los 1.711 del martes y haber comenzado la semana con 1.063 --la cifra más baja en lo que va de año--. No obstante, se mantiene desde el fin de semana pasado por debajo de los 2.000 y de los 2.455 detectados el jueves anterior --17 de febrero--.

Así, los contagiados ascienden en Galicia a 492.429, de los cuales 116.613 corresponden al área de Vigo; 103.418, a la de A Coruña y Cee; 77.213, a la de Santiago y Barbanza; 58.654, a la de Ourense; 56.892, a la de Pontevedra y O Salnés; 51.302 a la de Lugo; y 27.757, a la de Ferrol.

En la jornada de este pasado miércoles se realizaron 4.129 PCR --399 menos que el día anterior-- que elevan a 3.683.227 las pruebas hechas desde el inicio de la pandemia en Galicia y 3.476 test de antígenos --102 menos--, que suman 1.513.305 en la Comunidad gallega, lo que implica 7.605 entre ambas --501 menos--.

En cuanto a la tasa de positividad --número de PCR positivas por cada 100 realizadas-- desciende al 11,38 por ciento, después de haber subido al 13,73% el pasado miércoles, tras bajar al 11,33% el martes y haber arrancado esta semana con un 13,7%. De este modo, continúa por encima del 5% que marca la OMS para dar por controlada la pandemia.

Víctimas y curados

Por su parte, las personas fallecidas por la Covid-19 desde el inicio de esta pandemia ascienden a 3.086 en Galicia después de haber notificado el pasado jueves la Consellería de Sanidade cuatro nuevas víctimas, todas ellas con patologías previas.

Sanidade ha concretado que los cuatro óbitos se registraron el pasado 22 de febrero y correspondieron a un hombre de 96 años en Ferrol y otro de 75 años en el área de Lugo; así como a dos mujeres, una de 79 años en el área de Pontevedra y O Salnés y otra de 76 años en la de A Coruña y Cee.

Mientras, se han curado de la Covid-19 desde el inicio de esta crisis sanitaria 466.919 personas, después de haber recibido el alta otras 2.029 en la última jornada en el conjunto de la Comunidad gallega.

LOS CASOS ACTIVOS Y LA PRESIÓN HOSPITALARIA SE REDUCEN EN PONTEVEDRA Y O SALNÉS

- Las autoridades sanitarias han comunicado el deceso de una persona en el área sanitaria



Los datos facilitados por las autoridades sanitarias gallegas el pasado jueves muestran un descenso del número de casos activos de coronavirus en el área sanitaria de Pontevedra y O Salnés. De este modo, si el miércoles se registraban 2.454, ahora son 2.392 —62 menos—.

En las últimas 24 horas se han detectado 161 positivos, una cifra similar a los 159 notificados en la jornada anterior.

En cuanto a la presión hospitalaria, también sufre una reducción en el área sanitaria: el número total de pacientes ingresados es 75 —9 menos—. De ellos, 1 se encuentra en la Uci del Chup —1 menos—, mientras que el resto se halla en planta: 65 en el Chup —6 menos—, 7 en el Hospital do Salnés —1 menos— y 2 en el Hospital Quirónsalud —1 menos—.

Desde el inicio de la pandemia han superado la enfermedad en Pontevedra y O Salnés un total de 54.244 personas —222 nuevas altas—. Respecto a las víctimas, el Sergas ha comunicado el deceso de una persona en el área sanitaria, lo que eleva la cifra total a 256.

En Sevilla hay 30.000 personas que se han contagiado por Covid y que se resisten a ser vacunadas

► En las últimas 24 horas se notificaron 700 nuevos contagios, 2.800 curados y dos fallecimientos

MARTÍN LAÍNEZ
SEVILLA

Cuando se cumplen casi catorce meses del inicio de la campaña de vacunación contra el Covid, en la provincia de Sevilla hay todavía un porcentaje de la población que no se ha puesto ninguna dosis. Y eso tras el esfuerzo de la propia Consejería de Salud y Familias de invitar a que se vacune a todos ellos que no lo han hecho aún con el doble objetivo de protegerse contra el coronavirus y proteger, a su vez, a su círculo más cercano, ya sea familiar o de amistad.

Aun así, hay grupos de edad que predominan por encima de otros con un porcentaje menor de vacunas. Es el conjunto de los treintaerros, que alcanza un 86,4% con la pauta completa, si bien la llegada explosiva de la variante Omicron, especialmente en diciembre pasado, y que es predominante en esta sexta ola así como la obligatoriedad del pasaporte Covid para entrar en bares y restaurantes, como las fechas navideñas provocaron que este grupo etario incrementara su cobertura.

Tras ellos se sitúan los jóvenes de 12 a 19 años, con un porcentaje del 89,7% vacunado, mientras que los terceros con menos pauta completa son los veinteañeros (90,2%). Pero mientras el ritmo de vacunación prosigue —en las últimas 24 horas se inyectaron en la provincia 6.844 dosis—, hay otro grupo de personas en la provincia de Sevilla que se resiste a vacunarse. En esta ocasión se trata de 30.828 sevillanos que no lo han hecho a pesar de haber infectado en su día, lo que representa un 1,6% de la población.

La pauta completa

En este grupo se sitúan aquellas personas que por diversos motivos han decidido no inocularse contra el Covid, muchos de ellos considerados antivacunas, como así han hecho saber al propio Servicio Andaluz de Salud (SAS) y que en un porcentaje del 90% representan en la actualidad a los en-

fermos que se encuentran hospitalizados en la provincia, tal y como recordó hace tiempo el propio consejero de Salud, Jesús Aguirre. Y es que en la provincia de Sevilla se han administrado desde el inicio de la campaña a finales de 2020, la pauta completa la han recibido 1.679.568 sevillanos de los nueve grupos de edad en que se ha dividido a la población diana (86,2%). En total se han sido administradas 4.182.704 dosis en la provincia y hasta la marca Pfizer, 397.076 se del laboratorio de AstraZeneca; 854.018 perte-

Esta primera vacuna ya la tienen, pues, 107.184 mayores de 80 años; 158.428 entre 70 y 79; 217.838 entre 60 y 69; 294.704 entre 50 y 59; 308.565 entre 40 y 49; 220.790 entre 30 y 39; 194.810 entre 20 y 29; 174.372 entre 12 y 19 y, finalmente, 86.749 sevillanos de entre 5 y 11 años. Por contra, con la pauta completa hay 106.240 mayores de 80 años; 157.801 entre 70 y 79; 216.560 entre 60 y 69; 293.090 entre 50 y 59; 305.753 entre 40 y 49; 216.306 entre 30 y 39; 190.002 entre 20 y 29; 164.208 entre 12 y 19 y, finalmente, 29.602 sevillanos de entre 5 y 11 años.

Del total de dosis administradas en la provincia, 2.849.269 corresponden a la marca Pfizer; 397.076 se del laboratorio de AstraZeneca; 854.018 perte-

La Sierra Morena, Vega y Alcores, con la menor tasa

La sexta ola lleva ya casi dos meses de descenso y eso se nota especialmente en algunas comarcas de la provincia más que otras, como la Sierra Morena, Vega y Alcores que forman parte del distrito sanitario Norte. Aquí la incidencia es de 233 casos, la más baja del resto de distritos tras bajar 17 puntos en las últimas 24 horas. En el Aljarafe la tasa a catorce días alcanza los 321 casos (-36 puntos), mientras que los municipios de la Sierra Sur y parte de la Campiña (distrito Este) presentan una tasa conjunta de 273 casos (-21). Por su parte, el distrito sanitario Sur —que agrupa a los nueve municipios de la provincia tras la capital, como Dos Hermanas, Alcalá de Guadaíra, Utrera o Los Palacios, entre otros— registran una tasa de contagios de 290 casos (-28).

necen a Moderna; y 82.341, a Janssen, según se recoge en la última actualización del propio portal del leca en su apartado sobre las vacunas contra el coronavirus en Andalucía. En cuanto a la tercera dosis, ya son 946.620 los sevillanos que la han recibido, 4.349 lo hicieron en las últimas 24 horas.

Datos del día

Estos datos analizados sobre la vacunación llegan justo cuando la Consejería de Salud y Familias notificó ayer 707 nuevos contagios en la provincia de Sevilla, lo que deja la tasa de contagios a catorce días en 312 casos por cada cien mil habitantes, tras lograr un descenso de 28 puntos en las últimas 24 horas. A estos datos, hay que añadir 2.834 nuevos curados.

Asimismo, la incidencia en Sevilla capital también registró un descenso de 28 puntos, quedando la tasa en la actualidad en 363 casos, merced a los 2.487 positivos que hay activos en los últimos catorce días. Lamentablemente, ayer fue otro día en que se notificaron muertes por Covid en la provincia de Sevilla. En concreto, dos más, por lo que ya son 266 las personas que han perdido la vida en esta sexta ola, de los que 124 se han producido en lo que llevamos de mes de febrero, a los que hay que añadir 16 en noviembre, 28 en diciembre y 98 en enero.

En cuanto a la presión hospitalaria, hay que indicar que en la actualidad, los sevillanos que se encuentran en la UCI son 28, una más que la jornada anterior, mientras que los hospitalizados en planta son ahora 208 (+4). Solo en las últimas 24 horas fueron hospitalizados 18 personas, ninguna en Cuidados Intensivos.



Una enfermera se dispone a realizar un test de antígenos al conductor de un vehículo // VANESSA GÓMEZ

Ya son 946.620 los sevillanos que han recibido la tercera dosis en la provincia, de los que 4.350 lo hicieron en la última jornada

La cifra de curados de Covid supera en más de cuatro veces la de nuevos contagios

La Consejería de Salud notifica cuatro fallecimientos, 593 positivos y 2.518 recuperados en la provincia malagueña

ÁNGEL ESCALERA



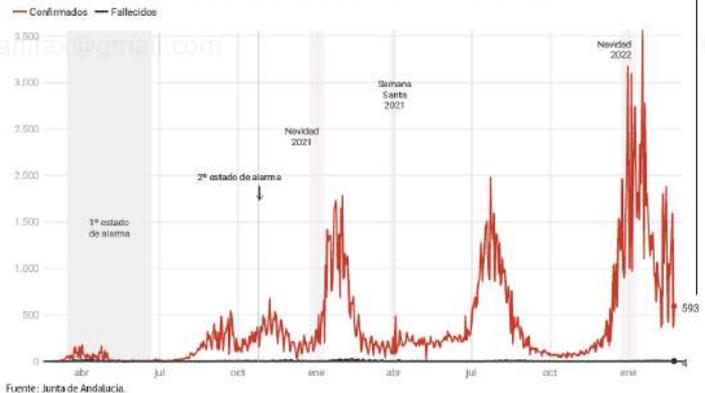
MÁLAGA. El SARS-CoV-2 sigue circulando libremente y contagiando, pero a un ritmo mucho menor que a principios de año, cuando los casos se dispararon debido a la mayor transmisibilidad de la variante Omicron. Una vez que se ha doblado la curva y que se está en las postrimerías de la sexta ola, hay un incremento de personas que logran superar la enfermedad y reciben el alta. Así, la cifra de curados superó ayer miércoles en más de cuatro veces a la de nuevos contagios en Málaga.

La Consejería de Salud y Familias notificó 593 nuevos positivos frente a 2.518 pacientes de coronavirus recuperados en la provincia malagueña. En el conjunto de Andalucía se produjeron 3.219 contagios y 17.281 curaciones.

El aspecto que aun sigue siendo preocupante es el de la mortalidad. Una vez que han bajado los casos de Covid y que los hospitales tienen cada vez menos enfermos ingresados por una infección causada por el SARS-CoV-2, el siguiente paso es el descenso de los fallecimientos. Cuando eso ocurra, la sexta ola se podrá dar por superada.

Afectados por coronavirus

Evolución de los nuevos casos diarios en la provincia de Málaga (desde marzo de 2020)
Confirmados hasta el 5/5 de 2020: PCR + serológicos; confirmados desde el 5 de mayo: sólo PDIA



Fuente: Junta de Andalucía

Salud confirmó ayer otras cuatro defunciones de personas que padecían el Covid en la provincia de Málaga, con lo que en lo que va febrero ya hay contabilizados 103 decesos (enero se cerró con 104) y se ha llegado a los 2.268 desde que el 13 de marzo de 2020 se tuvo constancia de la primera víctima mortal a causa del coronavirus en la provincia malagueña. El total acumulado de muertes en Andalucía se eleva a 12.811, una vez incluidas en las estadísticas las 14 últimas.

Baja la incidencia acumulada

La menor velocidad de los contagios de estos momentos ha traído consigo una reducción de la

incidencia acumulada (IA), que en la provincia de Málaga se ha situado en 471,4 casos por cada 100.000 habitantes en los últimos 14 días, lo que supone una disminución de 31,7 puntos en 24 horas. La IA de Andalucía es de 405,2 (28,4 puntos menos que el martes).

La tasa de contagios ha vuelto a descender en los seis distritos sanitarios de la provincia malagueña. El que tiene una incidencia más alta es el de la Axarquía, con 616 casos por cada 100.000 habitantes en los últimos 14 días, mientras que la IA más baja corresponde al de la Serranía (323,8). La situación de los cuatro restantes es la siguiente:

Málaga (559,7), La Vega (500,3), Valle del Guadalhorce (393,2) y Costa del Sol (359,3).

Menos hospitalizaciones

Por su parte, continúa la disminución de pacientes ingresados por las complicaciones derivadas del Covid. En los hospitales de Málaga hay internados 204 enfermos (siete menos que la jornada anterior), de los que 16 se encuentran en las unidades de cuidados intensivos (uno menos que la víspera). Los hospitalizados por coronavirus en la comunidad andaluza son 975 (45 menos que el martes); de ellos, 125 están en las UCI (uno menos que 24 horas antes).

El Hospital de Benalmádena se incorpora como punto de urgencias del Clínico

A. ESCALERA

MÁLAGA. El Hospital Clínico Virgen de la Victoria cuenta con un nuevo servicio de urgencias, ubicado en el Hospital de Benalmádena, centro anteriormente vinculado al Hospital Costa del Sol, pero que desde el inicio de este año pertenece al Clínico. De este modo, el complejo sanitario suma un tercer punto junto a los ya existentes en el Clínico y en el Hospital Valle del Guadalhorce.

A través de estos tres puntos se estima que cada día serán atendidas más de 750 urgencias. Así, a las casi 450 diarias que se ven en el Clínico y las más de 150 del Valle del Guadalhorce hay que sumar unas 160 más del Hospital de Benalmádena. Esta cifra puede superar en algunas jornadas el millar de casos al día entre los tres hospitales.

En las últimas semanas alrededor del 40% de los motivos de consulta en el servicio de urgencias corresponden a sintomatología de tipo respiratorio compatible con Covid en prácticamente la mayoría de los casos.

El Clínico cuenta con un circuito para la atención de pacientes de tipo respiratorio que se encuentra perfectamente delimitado y separado de forma estructural de otros circuitos no respiratorios, como el polivalente. Además, tiene un área de atención para sintomatología respiratoria de carácter leve y otra síntomas respiratorios de intensidad moderada-grave.

CANARIAS REGISTRA TRES MUERTES Y 2.044 CASOS MÁS DE COVID

- **Las islas cuentan con 18.296 contagios activos, de los que 45 se encuentran en la UCI y 303 en ingreso hospitalario**

CRISIS DEL CORONAVIRUS



El archipiélago canario suma, en las últimas 24 horas, tres muertes y 2.044 casos nuevos de covid, elevando el acumulado de defunciones a 1.566 y de contagios a 285.012. Los fallecimientos han tenido lugar en Gran Canaria (1); Tenerife (1); y El Hierro (1), aunque este último está pendiente de validar, según informa la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Corresponden a personas de entre 68 y 88 años, con patologías previas y en ingreso hospitalario.

Las islas cuentan, actualmente, con 18.296 casos activos de coronavirus, de los que 45 se encuentran en la UCI; 303 en ingreso hospitalario; y 17.948 pasan la enfermedad en sus casas. Hasta la fecha, se han registrado 265.150 altas, de las que 1.157 corresponden a las últimas 24 horas. De esta manera, la Incidencia Acumulada se sitúa en Canarias en 399,64 casos por cada 100.000 habitantes a los siete días, así como en 649,60 por cada 100.000 habitantes a los 14 días.

La situación sanitaria por islas

El covid deja el siguiente escenario en cada isla canaria:

- Tenerife notifica 824 casos nuevos en las últimas 24 horas, por lo que los casos acumulados ascienden a 131.129; de estos, 7.299 están activos.
- Gran Canaria suma 965 contagios más, lo que eleva los acumulados a 106.817 y los activos a 8.702.
- Lanzarote cuenta con 19.608 positivos acumulados, de los que 445 están activos y 89 nuevos.
- Fuerteventura contabiliza 106 casos nuevos, por lo que el acumulado se queda en 14.457 y los activos en 1.379.
- La Palma cuenta con 9.538 contagios acumulados, de los que 354 están activos y 41 son nuevos.
- El Hierro suma cuatro casos más en 24 horas, lo que eleva los acumulados a 1.735 y los activos a 20.
- La Gomera alcanza los 97 casos activos, de los que 15 son nuevos. Acumula, así, 1.727 contagios desde el inicio de la pandemia.
- En las islas se han realizado 3.241.216 pruebas diagnósticas desde el estallido de la crisis sanitaria; de estas, 6.802 corresponden al día del pasado miércoles.

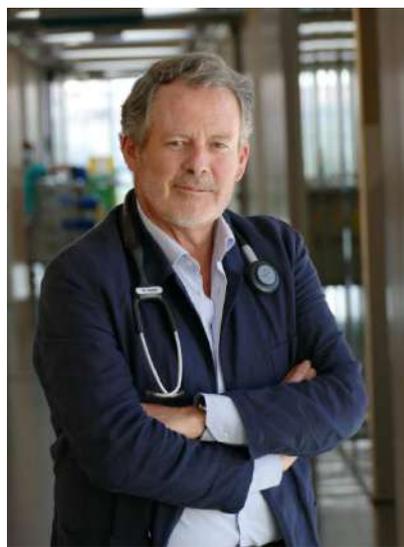
Actualización en el registro de casos

Cabe destacar que, en los últimos días, los contagios nuevos por covid han experimentado un repunte en Canarias, que no ha pasado desapercibido. Sanidad señaló el pasado miércoles que esto se debe a que se están contabilizando los resultados positivos de los autotest, prueba que el Ministerio de Sanidad admitió como válida a principios del pasado enero.

Así, a lo largo de esta semana, se seguirá actualizando la base de datos con estos resultados, algo que afectará al número de casos acumulados, activos y pruebas realizadas. Por el contrario, este ajuste no interferirá en los niveles de riesgo de las islas al tratarse, en su mayoría, de casos ya cerrados. Otro dato significativo es la decisión del Gobierno de Canarias, tras reunión del Consejo de Gobierno, de que Tenerife baje un escalón y pase a nivel de alerta 3, debido a la mejora de sus indicadores epidemiológicos. Mientras, Gran Canaria permanecerá en el nivel 4; La Palma, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro en el 3; y Lanzarote en el 2.

QUIRÓNSALUD MADRID PONE EN MARCHA UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE COVID DE LARGA DURACIÓN

- Puesta en marcha por los servicios de Cardiología y Medicina Interna ofrecerá una atención especializada a pacientes con secuelas cardiovasculares y síntomas persistentes tras la infección aguda por COVID-19



En abril del 2020 el Hospital Universitario Quirónsalud Madrid creó la Unidad Integrada COVID-19 para pacientes cardiológicos al identificarse que el 20-30% de los pacientes hospitalizados presentaban algún grado de afectación cardiovascular durante el proceso de la enfermedad. Siguiendo con ese esfuerzo, los servicios de Cardiología y de Medicina Interna del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid ponen ahora en marcha la Consulta multidisciplinar de COVID de larga duración destinada a ofrecer

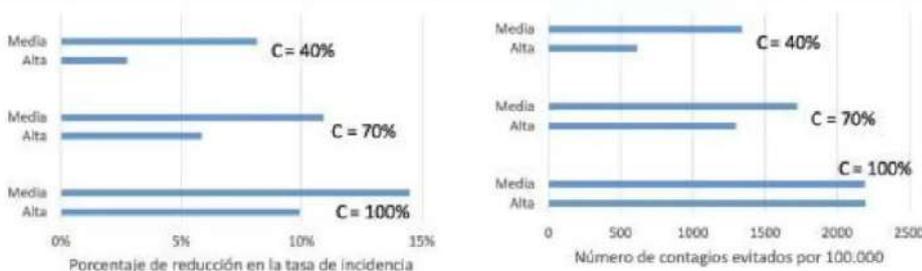
atención especializada a los pacientes que han superado la infección por COVID-19 y que siguen mostrando síntomas. “Empiezan a diagnosticarse secuelas post-COVID con síntomas y signos que incluso pueden ser de nueva aparición prolongando la enfermedad durante meses” explica el Dr. José Ángel Cabrera, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid y del Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo.

“Es importante identificar a los pacientes con secuelas de la infección por SARS-Cov2 y los que padecen COVID persistente. En general los pacientes con secuelas cardiovasculares por la infección por SARS-Cov2 suelen haber requerido un ingreso en su fase aguda de la infección (incluso en UCI) y suelen mostrar alteraciones en las pruebas cardiológicas realizadas, con un mayor riesgo de padecer inflamación o infarto de miocardio, arritmias cardíacas y procesos trombóticos arteriales y venosos, por lo que pensamos precisan un abordaje diagnóstico y terapéutico cardiovascular diferenciado” explica el Dr. Cabrera. El segundo grupo de pacientes que serán identificados y tratados son los que padecen COVID persistente. “Esta es una afectación multiorgánica muy frecuente y que, tras la fase aguda de la enfermedad, permanecen con síntomas más de 12 semanas”. analiza el Dr. Pablo Guisado, Internista del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. “Estos enfermos se caracterizan por presentar fatiga, dolor en el pecho, dificultad para respirar, palpitaciones o disfunción cognitiva (niebla mental), que son los síntomas más comunes de hasta más de 50 descritos en este grupo de enfermos. Los síntomas pueden fluctuar y recaer en el tiempo”. En opinión del Dr. Cabrera, “se piensa que esta persistencia puede deberse a alteraciones del sistema inmunitario de los pacientes, el acantonamiento del virus en los tejidos, microtrombos, afectación del endotelio vascular o disfunción del sistema neurovegetativo”.

Los pacientes que acudan a la consulta de alteraciones cardiovasculares por COVID-persistente serán diagnosticados y tratados por personal especializado en la atención a enfermos con COVID-19; por lo que serán sometidos a pruebas diagnósticas cardiovasculares, como la resonancia magnética cardíaca de alta resolución que permitirá observar y cuantificar el edema miocárdico en el músculo cardíaco. Según el último número de Nature Medicine, las personas que superan la infección por SARS-Cov2 tienen un mayor riesgo de padecer alteraciones cardiovasculares (desde accidentes cerebrovasculares, arritmias, enfermedad isquémica, pericarditis, miocarditis y enfermedad tromboembólica) más allá de los 30 días tras la infección y ha alertado de la alta carga de enfermedad cardiovascular en este grupo de población que debe ser atendido por equipos especializados.

LA VACUNACIÓN FRACASA EN LOS MENORES DE 12 AÑOS: SÓLO SE HA VACUNADO EL 57%

Figura 3
Vacunación 5-11 años: porcentaje de reducción en la tasa de incidencia (según alta/media incidencia) y número de contagios evitados por 100.000 para diferentes coberturas de vacunación alcanzadas en una futura onda epidémica.



C representa la tasa de cobertura infantil.

En esta simulación a tiempo futuro se observa una mayor reducción en el número casos.

(I.P. Nova).- La campaña de vacunación de niños de 11 a 5 años arrancó el pasado 15 de diciembre con mucha fuerza. Miles de menores se agolpaban con sus padres a las puertas de los centros de salud para vacunarse contra la Covid-19.

En una semana, se pusieron 700.000 dosis, pero el entusiasmo apenas duró un mes. La expansión de ómicron, la desconfianza creciente hacia las vacunas y la levedad con la que los menores superan la infección generó un parón en las inoculaciones de este grupo de edad.

Tanto es así, que, en un mes, el número de pinchazos a la población pediátrica apenas ha crecido un 4%. A día de hoy, el porcentaje de menores de 11 años con una dosis es del 57% (1.874.069 niños con una dosis) y el 23 de enero era del 53% (1.740.737).

Comunidades autónomas y el propio Ministerio de Sanidad han dado la voz de alarma a este respecto y han lanzado campañas para concienciar de lo importante de vacunar a la población pediátrica. Y es que, tal y como se publica en un informe del propio departamento de Carolina Darias, la inmunización de este grupo de edad será "clave" para nuevas olas epidemiológicas.

Según un estudio de la revista de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, la inmunización de esta población "supone una reducción destacable en el número de infecciones, y en menor medida, en el número de hospitalizaciones y fallecimientos".

"Esta reducción será más relevante en una onda epidémica futura, cuando la población infantil ya esté vacunada con la pauta completa", insisten desde Salud Pública.

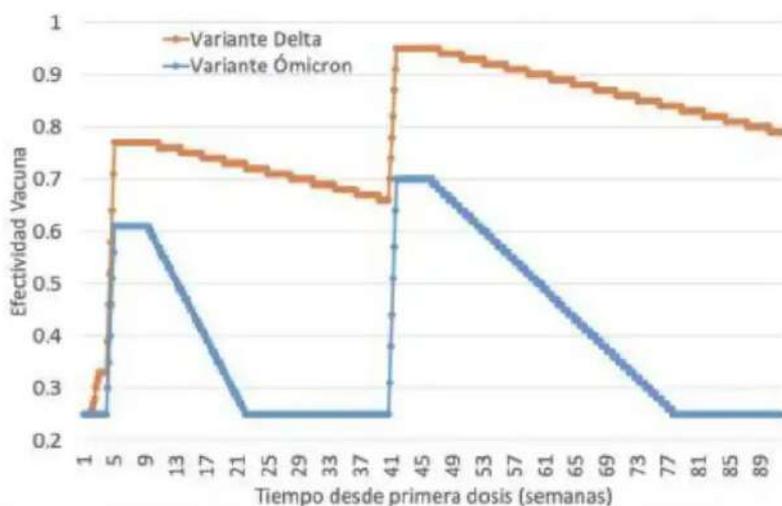
Los datos hablan por sí solos. En la semana en la que se dio el pistoletazo de salida de la vacunación pediátrica se pincharon siete veces más vacunas (700.000 dosis) que en el último mes (unas 100.000).

Los datos no son nada positivos, aunque sí muestran unas diferencias más que significativas por regiones. Mientras que algunas rondan el 80% de los infantiles inmunizados, otras no superan el 40%.

Las comunidades que van más lentas al inmunizar a su población pediátrica son Baleares (con un 34,7% de los menores de 12 años con un pinchazo) y Cataluña (con un 40%). En el lado contrario, están Galicia (83%), Extremadura (77%) y Asturias (74%).

Ómicron

Figura 1
Modelo de pérdida de eficacia de la vacunación frente a la variante delta y ómicron con el paso del tiempo desde la administración de la primera dosis para la vacuna Comirnaty.



"Se ha ralentizado la vacunación pediátrica", anunciaba durante la rueda de prensa posterior al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

La ministra animaba, además, a los padres a llevar a los niños a vacunarse mientras insistía que la principal causa de este "lento avance" es el gran número de contagios producidos en la sexta ola.

Modelo de pérdida de eficacia de la vacunación frente a la variante delta y ómicron con el paso del tiempo desde la administración de la primera dosis para la vacuna Comirnaty. E.E

Y es que las razones pueden estar no sólo en la fatiga pandémica de los progenitores, sino en el protocolo de la campaña de vacunación contra la Covid-19. En estos momentos, los niños que se hayan infectado antes de la primera dosis tienen que esperar ocho semanas para recibir su vacuna, que, además, será la única. De este modo, quienes se hayan contagiado entre dosis también esperarán otras ocho semanas para ponerse la segunda y completar la pauta.

Por tanto (y bajo las premisas de ese protocolo) el elevado número de contagios durante las fechas navideñas y en las primeras semanas de la vuelta al cole pueden haber hecho que los contagiados hayan tenido que esperar a inmunizarse y, consiguientemente, retrasarse el proceso.

Contagio en casa

Sanidad y las CCAA tienen el gran reto de potenciar las vacunas en este grupo de edad. No es una cuestión de cabezonería, sino de salud pública. El estudio de esta área publicado por el organismo que coordina Carolina Darías muestra que vacunar a la población supone una reducción "destacable en el número de infecciones y, en menor medida, en el número de hospitalizaciones y fallecimientos".

"Esta reducción será más importante en una onda epidémica futura, cuando la población infantil ya esté vacunada con la pauta completa. Estos resultados son coherentes con estudios de modelización desarrollados por el ECDC que muestran que en países como el nuestro, con altas coberturas de vacunación en población adulta", insisten.

Del mismo modo, el informe de Salud Pública asevera que se puede alcanzar un mayor beneficio para el control de la pandemia con la vacunación infantil, "pudiendo reducir hasta un 16% la diseminación del coronavirus".

De esta forma, explica que la vacunación en la población infantil puede ayudar a disminuir la carga de enfermedad en este colectivo y podría además favorecer una "menor transmisión en el entorno familiar, en los centros educativos y en la comunidad, contribuyendo a la protección de las poblaciones más vulnerables".



El presidente del grupo Baraka, el promotor Trinitario Casanova // DE SAN BERNARDO



El tenista Álex de Miñaur // ABC

Los falsos vacunados confiesan: la Policía interroga a los 40 primeros

► El empresario Trinitario Casanova, que compró el Edificio España, y el tenista Álex de Miñaur, entre los investigados

CARLOS HIDALGO
MADRID

La Brigada Provincial de Información de la Policía Nacional sigue adelante con la complicadísima investigación de la operación Jenner, la macrotrama de falsos vacunados en el seno de la región madrileña. Y lo hace con cinco líneas de trabajo abiertas, encaminadas fundamentalmente en el rastreo de nuevas personas que hayan pagado a la mafia para figurar en el registro oficial como inoculados con la pauta completa contra el Covid, algo muy grave y totalmente ilegal; pero también en la toma de declaración de los primeros investigados. Hay que recordar que ya son nada menos que 2.200 los sospechosos de haber acudido a esta organización para obtener no solo el pasaporte Covid, sino, lo que es peor, constar en la base de datos como si se hubieran puesto las dosis, sin haberlo hecho en realidad.

Según ha podido saber ABC, son alrededor de 40 personas involucradas las que han pasado ya por los despachos del complejo policial de Morataz, en la calle de la Tacona, donde se encuentra la Brigada de Información de Madrid. La mayoría de aquellos que han sido interrogados y que no tienen relación directa con el crimen ni lazos con delincuentes han reconocido los

hechos; pagaron entre 100 y 1.000 euros a intermediarios de la trama para que sanitarios (hay, por el momento, dos enfermeras del hospital de La Paz imputadas) los inscribieran en el registro de vacunados.

Fuentes del caso explican a este periódico que uno de los que ya ha pasado por dependencias policiales es el cantante madrileño Omar Montes, quien se negó a prestar declaración. Por lo tanto, sigue como investigado en la causa y ya deberá explicarse ante la autoridad judicial en la fase de instrucción. Cuando saltó la noticia, en enero, el artista y jurado de un 'talent show' televisivo, de Pan Bendito, se pronunció en las redes sociales negando los hechos. «Sin embargo, está todo muy bien atado, muy documentado», insisten los expertos policiales consultados.

Verónica Echegui calla

Otra que negó los hechos, en una llamada telefónica a un programa de televisión, fue Ana María Cameno, la conocida como la 'reina de la coca', que también figura en el listado de los 2.200 sospechosos de ser clientes de la mafia. No ha prestado aún declaración ante los agentes.

En cuanto a los actores y pareja sentimental Álex García y Verónica Echegui, este periódico se puso en contac-

El cantante Omar Montes fue citado en dependencias policiales, pero se negó a declarar ante la Policía y deberá hacerlo en el juzgado

to con su oficina de representación, que declinó pronunciarse al respecto. Ambos acudieron a la gala de los premios Goya (en la que ella recibió un 'cabezón', como directora al mejor cortometraje de ficción), que se celebró en Valencia y donde era obligatorio el pasaporte Covid para poder participar en el evento. Están pendientes de ser citados por la Policía Nacional.

Empresarios y deportistas

Este diario ha conocido otro nombre relevante que se encuentra entre esos 2.200 presuntos falsos vacunados. Se trata del empresario del ladrillo Trinitario Casanova (Orihuela, 1964), que saltó a la palestra en 2017 cuando compró el Edificio España, en la plaza del mismo nombre, para revitalizarlo como un hotel, quitandoselo de las manos al grupo asiático Wanda. El promotor y presidente de Baraka finalmente acabó mal con el proyecto, que está gestionado por la cadena especializada mallorquina Riu.

Hay más empresarios, pero también deportistas. Además de un conocido futbolista, se encuentra el tenista australiano, aunque de madre española y padre uruguayo, Álex de Miñaur, precisando fuentes policiales. Con apenas 23 años, figura en el puesto 42º del escalafón mundial en su disciplina. Pues bien, precisamente participó en el Open de Australia, en enero, donde se quedó a las puertas de los cuartos de final. El trofeo fue conquistado por Rafa Nadal, pero tuvo otro protagonista extradeportivo, Novak Djokovic: finalmente no compitió al negarse a ser vacunado contra el Covid, una condición indispensable, por lo que llegó a ser incluso detenido.



Una técnica con unas muestras de sangre en el laboratorio del Servicio de Inmunología del Hospital La Paz de Madrid, el viernes. / ALVARO GARCIA

La inmunidad celular aleja la cuarta dosis contra el coronavirus

Varios estudios demuestran que la defensa más profunda del organismo reduce drásticamente el riesgo de enfermedad grave, incluso con las nuevas variantes

PABLO LINDE. Madrid

Con sus dos dosis de la vacuna contra la covid, Marta, una cuarentañera sana, tiene serias dudas sobre si ponerse la tercera. Ha leído mucho y sabe que existe una inmunidad, la celular, que puede protegerla frente al virus, incluso si los anticuerpos han disminuido. Cree que lo recomendable para ella, y para personas con sus características, sería hacerse una prueba para comprobar si su sistema inmunitario más profundo responde antes de volver a vacunarse.

Su razonamiento no es del todo erróneo. Cada vez más estudios muestran que la inmunidad celular puede durar meses, incluso años, lo que probablemente hará innecesarias nuevas dosis de recuerdo a corto plazo en la población sana, algo que el Ministerio de Sanidad no tiene previsto por ahora. Pero en la práctica sería inviable hacer un plan de vacunación que midiera este parámetro en cada individuo. Las pruebas que miden la inmunidad celular se hacen sobre todo en los hospitales de mayor complejidad, que no tienen capacidad de completar mucho más de un centenar de diagnósticos diarios. Se tardarían años en terminar la campaña y carecería de sentido desde el punto de vista de la salud pública.

Por eso, la decisión de la mayoría de los países desarrollados ha sido generalizar las terceras dosis, que han demostrado reducir la gravedad de la ola de la variante ómicron. La semana pasada se

publicó un nuevo estudio (todavía sin revisión por pares) que expone que quienes han recibido el tercer pinchazo de una vacuna ARN tienen un repertorio diverso de células B de memoria que pueden responder rápidamente y producir anticuerpos capaces de eliminar incluso variantes nuevas. "Estos datos ayudan a explicar por qué una tercera dosis de una vacuna que no fue diseñada específicamente para proteger contra variantes es eficaz contra enfermedades graves [producidas por nuevas mutaciones del virus]", señala la investigación.

El madrileño Hospital Universitario La Paz lleva meses practi-

cando pruebas de inmunidad celular para comprobar cómo responde el sistema de defensas al virus, independientemente de si la persona tiene anticuerpos o no. En el laboratorio de su servicio de inmunología recogen muestras de sangre que incuban durante horas para luego centrifugarlas. Una vez que separan el plasma, lo pasan a una máquina que estimula este líquido con una proteína del virus y verifican si segrega otra llamada interferón gamma. En caso de ser así, es signo de que las células T activadas y NK, dos actores clave del sistema inmunitario, son sensibles frente al coronavirus y son capaces de de-

Es inviable hacer un plan de vacunación con el parámetro; en cada persona varía

El análisis de los inmunodeprimidos puede ayudar a elegir el tratamiento

axk@gmail.com

Aplicación individualizada del pinchazo de refuerzo

La Sociedad Española de Inmunología se ha mostrado crítica con la aplicación indiscriminada de la tercera dosis a toda la población. Aunque es partidaria de administrarla a personas mayores y con ciertos problemas, cree que habría que individualizar algo más el tratamiento. No con pruebas específicas a cada ciudadano, pero sí afinando más en cohortes poblacionales gracias a esos análisis. Este camino a una medicina de más precisión choca con la mayoría de los expertos en salud pública, que por lo general son partidarios

de inmunizar a la mayor cantidad de población posible, lo que se ha comprobado que se traduce en menos hospitalizaciones y fallecimientos.

En varios estudios, como el publicado la semana pasada, la tercera dosis ha demostrado mejorar la respuesta inmunitaria incluso frente a la ómicron. Lo que piden algunos inmunólogos es afinar más el conocimiento para pincharla solo a la población realmente más susceptible de enfermar por el coronavirus. Temen que una sucesión de vacunas e infecciones pueda terminar

fenderse aunque no haya anticuerpos en la sangre.

Esta técnica es útil para hacer estudios sobre la respuesta celular de determinadas poblaciones y para ayudar a establecer pautas de vacunación. También para personas inmunodeprimidas, para casos concretos en los que conocer este tipo de inmunidad puede ayudar a elegir el mejor tratamiento. Eduardo López Granados, jefe de servicio de inmunología de La Paz, explica que se les realiza a pacientes de los que saben que la respuesta de los anticuerpos va a ser deficitaria. "Es una manera de tratar de ver si la vacuna está generando algún beneficio", cuenta.

Respuesta parcial

Son a los que el ministerio de Sanidad engloba en el grupo 7, para los que está indicada una cuarta dosis de la vacuna. Son pacientes oncológicos, trasplantados, en quimioterapia, con inmunodeficiencias genéticas, entre otras dolencias. "En ellos sabemos que la respuesta vacunal va a ser parcial o no va a haberla. Intentamos tener algo más que la detección de anticuerpos, que también hacemos, para poder evaluar los efectos de la vacuna, si se beneficiarían de una tercera, una cuarta dosis", asegura López Granados.

Este tipo de pruebas individualizadas puede ser útil, por ejemplo, para administrar nuevos fármacos. Un ejemplo es Evusheld, de AstraZeneca, del que el Ministerio de Sanidad ha comprado 30.000 dosis. Es un profiláctico que disminuye el riesgo de infección durante unos seis meses en personas que no son capaces de generar inmunidad natural o que han presentado rechazo a las vacunas. Son anticuerpos monoclonales que se suministran al paciente y que se encargan del trabajo que en circunstancias normales haría el sistema inmunitario.

«¿Es capaz la inmunidad celular de predecir si una persona puede sufrir una enfermedad grave? No exactamente», responde Miguel González Muñoz, especialista de inmunología de La Paz. "No tenemos una correlación lineal en la que a más respuesta, menos hospitalizaciones. De momento podemos hacer estimaciones más cualitativas, categorizar al paciente como de alto o bajo riesgo, pero no podemos decir a ninguna persona ni con anticuerpos ni con células: estás completamente protegido", añade.

Este es uno de los motivos por el que ambos médicos descartan este método para la población general. "Hay muchas personas que lo piden, incluso que acuden a centros privados a hacerlo. Pero no tiene sentido aplicarlo a todo el mundo porque ni el resultado es determinante ni sería factible desde el punto de vista logístico", argumenta López Granados. Los resultados de la prueba celular, además, dan indicios de la capacidad para generar anticuerpos, pero tampoco son capaces de medir todos los parámetros de defensa del organismo. "La respuesta celular es muy variada y hay dos tipos que no estamos midiendo. Al final es el conjunto de todas esas respuestas la que determina en cada persona lo que ocurre en una situación real de infección", subraya este médico.

minando el sistema inmunitario. "Con tres dosis de la vacuna esto no sucede, pero si está estimulando continuamente a las células, puedes ir agotando su ciclo vital. Yo creo que hay que huir de los dos extremos. Es decir, ni si te vacunas tres o cuatro veces va a acabar no respondiendo o generando una respuesta inflamatoria, algo que se ha demostrado, ni se debería estar vacunando continuamente de forma indiscriminada", zanja López Granados. En España, con la tercera dosis únicamente se ha vacunado la mitad de la población general. Si está protegida con este refuerzo la gran mayoría de los mayores de 60 años (92%), los más susceptibles a enfermarse gravemente a causa del coronavirus.



La obligatoriedad del uso de mascarilla en interiores lleva vigente desde el inicio de la pandemia

«Todavía no es el momento para quitar las mascarillas»

Los expertos no apoyan eliminarlas en interiores por repuntes en Carnavales y en Semana Santa

J. Carabaña, MADRID

El descenso continuado de la incidencia acumulada y la mejora de los indicadores epidemiológicos han abierto el debate sobre el uso o no de la mascarilla en interiores. Cuando nos acercamos a la fecha a partir de la cual el Grupo de Trabajo de Reapertura de la Escolarización, de la Asociación Española de Pediatría (AEP), ha planteado la retirada progresiva de las mascarillas en los recintos escolares, el próximo 28 de febrero, las principales sociedades

científicas implicadas en el abordaje de la covid cierran filas en torno a la prudencia. Y es que intensivistas, epidemiólogos, médicos de familia y profesionales de Enfermería, entre otros, coinciden en señalar que no ven oportuno «ni ahora ni el corto plazo» eliminarlas, y que «no hay que arriesgarse porque el virus sigue circulando y en Carnavales y Semana Santa es esperable un pequeño repunte».

En opinión del coordinador de covid de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) y epidemiólogo, Vicente Martín, hacerlo «tiene que ir ligado a que no haya transmisión comunitaria y la incidencia acumulada se mantenga por debajo de los 50 casos por 100.000 habitantes». La presidenta de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), Elena Vanessa Martínez, explicó ayer a Efe que «no es algo de hoy para mañana, hay que esperar» y ahora el foco tiene que

Hay que esperar para que sea una endemia

► No nos encontramos aún en una transición hacia una covid endémica «porque eso ocurre cuando el número de muertes es persistentemente bajo y sin previsión razonable de nuevas olas», destacó el investigador del Hospital Germans Trias de Badalona (Barcelona), Oriol Mitjà. Su advertencia es un mensaje directo al Departamento de Salud de la Generalitat, que ha planteado la implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica con centros centinelas. «Mientras continúe habiendo transmisión y no se haya erradicado el covid, tenemos que tomar decisiones sobre cómo nos preparamos para la próxima ola».

estar centrado en valorar cuál debe ser ese límite, «y eso no se hace eligiendo un número al azar, sino que hay que ver qué incidencia no es un problema para la salud de la población».

Por su parte, el presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), Álvaro Castellanos, defiende que se mantenga su uso «porque sigue habiendo riesgo de contraer enfermedad grave en el grupo de personas vulnerables: los mayores de 65 años, a los no vacunados, los inmunodeprimidos, los trasplantados, los crónicos y las personas con enfermedades cardiovasculares».

Para la presidenta de la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (Aneece), Natividad López, «el manifiesto de la AEP nos parece precipitado en este momento. Todos sabemos hacia donde vamos, pero no estamos nada de acuerdo con empezar a desescalar de estas maneras tan rápidas, sin criterios científicos», defendió ayer en el marco de la rueda de prensa organizada por el Consejo General de Enfermería para presentar un análisis de la presencia de enfermeras escolares por comunidades.

«Se ha pasado muy mal, con muchos contagios, y los colegios no son sitios experimentales», recalzó, señalando que tanto su colectivo como el profesorado son los que deberían ser escuchados.

La cifra de fallecidos por covid sigue en niveles muy preocupantes

S. S. MADRID

Las comunidades autónomas notificaron ayer al Ministerio de Sanidad 33.911 nuevos casos de covid, 302 menos que el mismo día de la semana pasada, lo que evidencia la tendencia a la baja en la pandemia. Pero las cifras de fallecidos continúan muy altas: en el informe de ayer se han añadido 301 nuevos fallecimientos: hasta 98.936 personas con prueba diagnóstica positiva han fallecido desde que el virus llegó a España.

La cifra total de contagios en España se eleva ya a 10.914.105 desde el inicio de la pandemia. La incidencia acumulada en los últimos 14 días por 100.000 habitantes se sitúa en 676,65, frente a 735,19 ayer. Hay que recordar que el nivel debería ser menor a 50 para considerarse la posible «gripalización» de la enfermedad.

La tasa de ocupación de camas ocupadas por coronavirus se sitúa en el 6,64% (7,13% el martes) y en las UCI en el 12,52% (12,77% el día anterior).

Entre el 13 y el 19 de febrero, las comunidades autónomas han realizado 775.059 pruebas diagnósticas, de las que 390.197 han sido PCR y 384.862 test de antígenos, con una tasa global por 100.000 habitantes de 1.648,14. Mientras tanto, la tasa de positividad se sitúa en el 20,35%, frente al 20,39% del martes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que este dato se encuentre por debajo del 5% para considerarlo como «controlada» la propagación del virus.

Respecto a la vacunación, se han administrado hasta ayer 92.337.963 dosis de Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca y Janssen, 100.909 de ellas en las últimas 24 horas.

Y también este miércoles Novavax ha anunciado que han comenzado a enviar a los estados miembros de la Unión Europea (UE) las primeras dosis de su vacuna «Nuvaxovid», la primera basada en una proteína que ha sido autorizada para su uso en Europa.

SANIFAX

¿Por qué somos más atractivos con mascarilla?

Las posibles asimetrías del rostro quedan ocultas bajo la tela

ELENA MARTÍN



No lo habrá dicho en voz alta, pero seguro que lo ha pensado. Alguien a quien jamás ha visto sin mascarilla de repente se la quita y la visión de ese rostro por primera vez le sorprende. Y no para bien, precisamente. ¿Le hacía más atractivo o atractiva? Seguramente sí. Es un hecho que las personas a las que hemos conocido con la cara medio tapada a causa de la pandemia tienen un aspecto que no se ajusta con el que nos habíamos imaginado tras el cubrebocas. En general, la gente nos parece un poco más fea cuando se quita la mascarilla, pero no es una cuestión de frivolidad, tiene su explicación científica.

Simetría 'versus' asimetría

La 'ventaja' de la mascarilla quirúrgica —en la que se basan la mayoría de los estudios realizados sobre este asunto— para hacernos parecer más atractivos es que solo deja al descubierto la parte del rostro que es simétrica, los ojos y las cejas, y cubre aquella donde se acumulan la mayoría de las asimetrías (nariz prominente, dientes torcidos...). «La simetría está fuertemente relacionada con los rostros atractivos, de ahí que al ver únicamente la mitad superior de la cara de una persona esta nos parezca más atractiva de lo que quizás sea», expresa Pamela Parada, miembro del Colegio de Psicólogos de Bizkaia y autora de un artículo sobre este tema publicado en la revista científica internacional *Journal Personality and Individual Differences*.

Tiene que ver, además, con la dificultad de identificar las emociones aversivas, como el enfado, pues aunque los ojos tienen una gran carga expresiva, el resto de las facciones aportan mucha información que se pierde, o suaviza, bajo la mascarilla. «Desde un punto de vista evolutivo, es una consecuencia positiva, porque favorece el acercamiento sexual; pero también puede ser un hándicap, porque el reconocimiento de las emociones faciales tiene un valor importante en la comunicación y la respuesta ante un potencial peligro», sostiene Parada. Por otra parte, el anonimato que

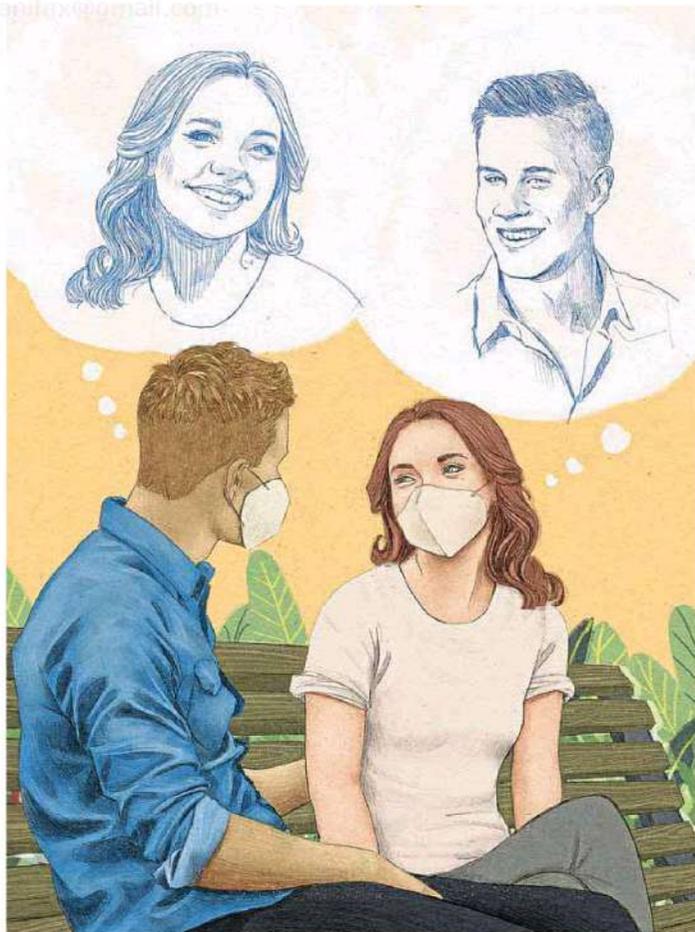


ILUSTRACIÓN MENGANITADEACUAL

otorga la mascarilla y la posibilidad de ocultar los posibles complejos faciales genera seguridad en uno mismo y esa imagen de autoconfianza también intensifica el atractivo.

Imaginación positiva

El hecho de tener que vivir con la mascarilla puesta también estimula la imaginación, pues nuestra mente completa el conjunto de la cara que estamos viendo de forma inconsciente y, puestos a imagi-

nar, somos más proclives a ser positivos y pensar que esa persona tan atractiva con mascarilla tiene la sonrisa de Brad Pitt frente a la de Freddy Krueger. El problema es que ponemos nuestras expectativas tan altas que es habitual que la realidad nos resulte chocante. Además, «puede originar sesgos cognitivos. Es decir, atribuímos cualidades positivas a las personas simplemente porque nos parecen atractivas, incluso aunque no las tengamos», advierte Parada.

Insinuar frente a mostrar

Esa capacidad que tiene nuestro cerebro de dejar volar la imaginación frente a lo que no ve también juega un papel importante a la hora de vestir. Así, «la máxima de la elegancia que sostiene que insinuar es más sexy que enseñarlo todo también se cumple, en este caso, con el uso de la mascarilla», asegura Eduardo de Frutos, médico estético vocal de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME).

Más retoques estéticos

En las zonas visibles

El uso de la mascarilla ha dado lugar a una mayor demanda de tratamientos estéticos del área que queda al descubierto. Se busca, en especial, resolver problemas de ojeras, bolsas o patas de gallo, así como suavizar las líneas de expresión de la frente y el entrecejo. Las principales intervenciones realizadas en el año 2020 fueron la remodelación nasal, la cirugía de párpados, el 'lifting' facial y la liposucción, según se indica en un informe de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos.

En las zonas no visibles

Al mismo tiempo, «durante la pandemia, muchas personas se han atrevido a realizarse tratamientos estéticos en la nariz, los labios, los pómulos o el mentón porque, al tener esa zona oculta tras la mascarilla, podían disimular la hinchazón», afirma el doctor Eduardo de Frutos. Así ha ocurrido también en las consultas de los dentistas, donde se ha notado un aumento de la demanda de la ortodoncia en adultos para corregir la sonrisa.

Sensación de seguridad

En un momento de crisis sanitaria en el que nos sentimos vulnerables, ver a una persona con la mascarilla puesta resulta tranquilizador, inspira confianza, aumenta la sensación de seguridad y, por tanto, adoptamos una postura más positiva hacia el portador.

«Podría pensarse lo contrario, que al llevar mascarilla perdemos encanto, porque damos sensación de enfermedad, pero la realidad es que ocurre lo contrario, y no solo por los tiempos que corren. Investigaciones realizadas antes de la pandemia ya observaron que esto es así», declara de Frutos.

Sea cual sea el motivo, ambos especialistas recuerdan que en la diversidad también hay belleza. Así que, aunque cuando nos quitamos la mascarilla definitivamente nos llevaremos más de una sorpresa, también tendrá su parte buena: «Al fin y al cabo, el atractivo no solo se construye, ni mucho menos, a partir de una cara bonita, también tiene que ver con los valores que transmite esa persona (noblez, generosidad, simpatía...», afirma Parada.

ITALIA PONDRÁ FIN A SU ESTADO DE EMERGENCIA POR COVID EL 31 DE MARZO

El primer ministro italiano, Mario Draghi, afirmó el pasado miércoles que Italia no prorrogará su estado de emergencia por la pandemia a partir del 31 de marzo, que mantiene desde 2020.

A partir del 1 de abril comenzará una progresiva reducción de las restricciones en vigor, con la intención de que la economía pueda volver cuanto antes a los niveles previos a la emergencia de coronavirus y también que sectores como el turismo intenten salvar la Semana Santa.



"El Gobierno es consciente de que la solidez de la recuperación depende en primer lugar de la capacidad para superar las emergencias del momento. La situación epidemiológica mejora notablemente, gracias al éxito de la campaña de vacunación, y nos ofrece márgenes para eliminar las restricciones residuales a la vida de ciudadanos y empresas", dijo Draghi. "La intención del Gobierno es no extender el estado de emergencia más allá del 31 de marzo", añadió.

Explicó que progresivamente, a partir del 1 de abril, se irán levantando las restricciones. Desde ese momento ya no será obligatorio en las escuelas llevar mascarillas FFP2 o guardar cuarentena si se ha tenido un contacto con un positivo.

También se levantará la obligación de presentar el certificado sanitario para actividades al aire libre, como comer en terrazas de bares y restaurantes, hacer deporte o acudir a eventos al exterior.

Italia ha tomado esta decisión al ver que mantiene bajo control los contagios diarios por coronavirus. Actualmente el país acumula 12,6 millones de contagios totales desde febrero de 2020 y 153.764 fallecidos.

En cuanto a la campaña de vacunación, tiene al 91 % de la población de más de 12 años con al menos una dosis y al 89 % con la pauta completa, mientras que el 36,81 % de los niños de entre 5 y 11 años cuentan con al menos un pinchazo y el 28,89 % ha concluido el ciclo.

Además, el 84,88 % de la población italiana que potencialmente puede recibir la dosis de recuerdo ya lo ha hecho.

ISLANDIA ELIMINA TODAS LAS RESTRICCIONES POR EL CORONAVIRUS A PARTIR DE ESTE VIERNES

(E.P.)- El Gobierno de Islandia han anunciado que este viernes eliminará todas las restricciones relacionadas con el coronavirus e impuestas para ponerle freno al avance de la enfermedad.

"Estamos recuperando nuestra vida normal", ha declarado ante los medios de comunicación la primera ministra islandesa, Katrín Jakobsdóttir.

Con este anuncio, Islandia, que también ha anunciado el levantamiento de las restricciones de ingreso al país, sigue los pasos de otros varios países nórdicos en lo que respecta a la supresión de las restricciones.

Sin embargo, las autoridades han remarcado que aquellas personas que tengan síntomas deberán seguir confinándose y ha insistido en la recomendación del uso de mascarilla cuando se esté en contacto con personas de riesgo.

Dinamarca ya levantó casi todas sus restricciones a principios de febrero, mientras que en Suecia y Noruega se ha hecho lo propio hace apenas unos días. Finlandia, por su parte, tiene previsto el levantamiento de las restricciones para el 1 de marzo.

Las autoridades sanitarias de Islandia han confirmado más de 115.000 contagios de coronavirus desde el inicio de la pandemia, a la par que ha lamentado la muerte de unas 60 personas a causa del virus.

ESLOVAQUIA ANUNCIA LA RETIRADA DEL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN PARA EVENTOS DEPORTIVOS Y CULTURALES

(E.P.)- El Gobierno de Eslovaquia ha anunciado que, a partir del sábado, retirará la mayoría de las restricciones por coronavirus, entre las que se incluye el certificado de vacunación, que dejará de ser obligatorio para acudir a eventos culturales y deportivos, así como para restaurantes.

Sin embargo, mantendrá el uso obligatorio de mascarilla tanto en espacios cerrados como en el transporte público. De hecho, los ciudadanos deberán llevar mascarilla FFP2 en eventos al aire libre si no se puede garantizar la distancia de seguridad.

Eslovaquia cuenta con uno de los porcentajes de vacunación más bajos de la Unión Europea -- menos del 50 por ciento de la población--, algo que desde el Gobierno han vinculado a las "campañas de desinformación" supuestamente impulsadas por la extrema derecha y por las formaciones socialdemócratas opositoras.

"Los exlíderes políticos que gobernaron este país durante años están al frente de esta propaganda. Ellos mismos no se han vacunado y contribuyen significativamente a la incertidumbre de la población", ha trasladado el primer ministro eslovaco, Eduard Heger, a la agencia alemana de noticias DPA.

Las autoridades sanitarias del país han confirmado cerca de 1,4 millones de contagios de coronavirus desde el inicio de la pandemia y han lamentado más de 18.300 decesos a causa de la enfermedad.

SANIFAX POLÍTICO

JUEVES 24 DE FEBRERO DE 2022

EL PP SE DESMORONA POR SU GUERRA INTERNA Y VOX ROZA EL 'SORPASSO'

- Los populares pierden más de cinco puntos y medio en un mes y el partido de Abascal les pisa los talones.
- Vox saca tajada de la crisis del PP y obtendría su mejor resultado de la serie histórica acariciando el 20% de los votos.



(Daniel Ríos).- El enorme terremoto que lleva una semana sacudiendo los cimientos del PP deja sentir sus réplicas en las perspectivas electorales del partido, que queda muy tocado.

Así lo revela el sondeo de DYM para 20minutos, que recoge los efectos de la profunda crisis

desatada en la formación popular y que refleja que el PP se desplomaría más de cinco puntos y medio si hoy se celebraran las elecciones y obtendría apenas el 21,3% de los sufragios, por detrás del PSOE. Sería menos de punto y medio de diferencia el que separaría al PP de Vox, que conseguiría su mejor resultado histórico y que rozaría el sorpasso a los populares.

La formación que lidera Santiago Abascal es la que más tajada saca de la crisis del PP. Aunque no puede hablarse de una traslación directa de los votos, sí es constatable que Vox crece casi tres puntos en tan solo un mes y disputaría el liderazgo del bloque conservador.

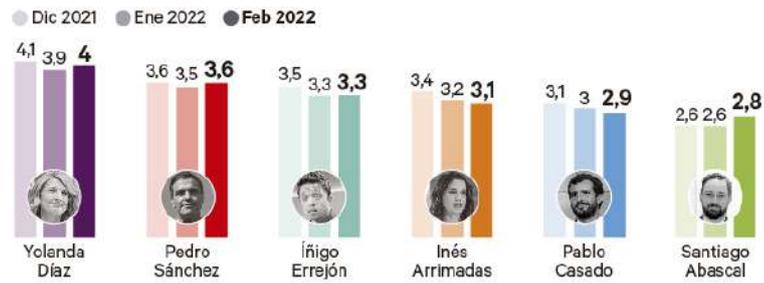
Los populares obtendrían entre 84 y 89 escaños, prácticamente la misma representación que tienen ahora (88 diputados), mientras Vox podría situarse a menos de diez actas, ya que la encuesta estima que obtendría entre 71 y 75 parlamentarios (ahora tiene 52).

El PP solo lograría retener al 77,4% de sus votantes. Pero el dato fundamental que revela sus fugas por la derecha es que el 10,9% de quienes eligieron la papeleta de Pablo Casado en 2019 tiene decidido votar a Vox, lo que supone un trasvase de más de 530.000 votos del PP hacia el partido que lidera Santiago Abascal. Vox, por su parte, es un bloque granítico: el 93,1% de quienes lo votaron hace algo más de dos años volverían a hacerlo.

Por el contrario, y pese al cisma del PP, Cs no logra remontar y tan solo sumaría el 3,6% de los votos y dos o tres diputados, frente a los 10 que obtuvo en 2019.

¿Cómo valora la actuación de los siguientes líderes políticos?

ESCALA DEL 0 AL 10 (0: MUY NEGATIVA; 10: MUY POSITIVA)



FUENTE: DYM (encuesta realizada del 16 al 20 de febrero de 2022)

GRÁFICO: Henar de Pedro

20 minutos

El desplome de los populares, en todo caso, haría inviable la suma de la derecha, que en la estimación más optimista para ellos conseguiría solo 167 diputados, muy lejos de la mayoría absoluta que les permitiría gobernar.

El PSOE vuelve a ser primera fuerza

La brusca pérdida de apoyos del PP a causa de su cisma interno también provoca que el PSOE se coloque como primera fuerza política con el 28,1% de los votos, un resultado casi dos puntos y medio por encima del que estimaba el sondeo de enero. Los socialistas volverían a esta posición casi un año después de perderla: la victoria de Isabel Díaz Ayuso en las elecciones autonómicas madrileñas catapultó al PP de Pablo Casado a una primera posición que ha mantenido en los sondeos desde entonces.

El resultado que conseguiría el PSOE sería prácticamente el mismo que el que registró en noviembre de 2019, aunque se traduciría en entre 110 y 116 escaños, frente a los 120 que tiene ahora. Unidas Podemos, por su parte, mantiene su tendencia al alza de los tres últimos sondeos y sumaría el 12,5% de los votos y entre 30 y 34 diputados. Hace poco más de dos años, los morados obtuvieron 35 actas y el 12,8% de los sufragios.

En el mejor de los casos, PSOE y Unidas Podemos sumarían 150 diputados entre ambos, que ascenderían a 152 o 153 si se añaden los de Más País. Por ello, la izquierda necesitaría el apoyo de las pequeñas formaciones nacionalistas e independentistas –ERC, PNV o EH Bildu, por ejemplo– para mantener el Gobierno, y consolidaría la alianza parlamentaria forjada esta legislatura ante la imposibilidad de sumar con Cs.

Casado, al borde de ser el líder peor valorado

La valoración de Pablo Casado como líder del PP -puesto que, por el momento, mantiene su tendencia a la baja y alcanza un nuevo récord negativo. Casado es calificado con una nota media de 2,9, lo cual le deja a una décima de ser el líder político peor visto por los ciudadanos, un puesto que sigue ocupando el presidente de Vox, Santiago Abascal, que repunta ligeramente y recibe un 2,8.

Casado es, además, el segundo líder peor visto por sus propios votantes, que le califican con una nota media de 5,5. Solo está peor en esta clasificación la presidenta de Cs, Inés Arrimadas, a quienes sus votantes suspenden con un 4,8 y que consigue una nota media de 3,1.

En el extremo opuesto, la líder política mejor valorada sigue siendo la número uno de Unidas Podemos, la vicepresidenta Yolanda Díaz, que remonta tras su bajada del mes pasado y obtiene un 4 de nota media. Por su parte, el presidente y secretario general del PSOE, Pedro Sánchez, se mantiene en segunda posición con un 3,6.

SANIFAX

La figura del día

**HÉCTOR CIRIA, CONSEJERO
DELEGADO DEL GRUPO QUIRON SALUD**



4000 MILLONES DE FACTURACIÓN Y CRECIMIENTO DEL 15%

- AYER JUEVES LES OFRECIMOS UN INFORME DEL GRUPO ALEMÁN FRESENIUS SOBRE SUS RESULTADOS DE 2021. UN INFORME EN EL QUE SE RECOGÍAN MUY DESTACADAS Y CON ELOGIOS LAS CUENTAS DE QUIRON SALUD, UNA DE SUS GRANDES DIVISIONES FUERA DE ALEMANIA. LAS CIFRAS NO PUEDEN SER MEJORES: QUIRON SALUD REBASÓ LOS 4000 MILLONES DE EUROS DE FACTURACIÓN Y LOGRÓ UN CRECIMIENTO DEL 15%, CON LA CONSECUENTE MEJORA EN TODAS SUS ÁREAS. Y ESO A PESAR DE QUE, EN MADRID, HAY UNA DEUDA CON SUS HOSPITALES. Y DE QUE RUIZ ESCUDERO, CON SU TEMOR A LA OPOSICIÓN, NO HA QUERIDO PROPONER A LA F. JIMÉNEZ DÍAZ PARA HACER TERAPIAS CAR-T, CUANDO EL HOSPITAL ESTÁ MÁS QUE PREPARADO. Y HASTA LOS “JÓVENES MIR” TIENEN LA OPORTUNIDAD DE HACER ROTACIONES EN ELLAS.
- LOS HOSPITALES DE QUIRON EN MADRID SON SIEMPRE LOS MEJOR VALORADOS POR LOS USUARIOS. Y SUS BAJAS LISTAS DE ESPERA LOGRAN QUE MADRID MANTENGA UNA CIFRA QUE AÚN ES DE LAS MEJORES DE ESPAÑA. PERO, IGUAL QUE EN LA C. VALENCIANA HAY UNA “OPOSICIÓN DURA” AL “MODELO ALCIRA”, EN MADRID HAY UNA “OPOSICIÓN ACOMPLEJADA” A QUIRÓN. NI SIQUIERA, PESE A SUS AVANCES Y A LA SATISFACCIÓN DE SUS PACIENTES, SE RECONOCEN SUS MÉRITOS. ESCUDERO HACE SIGLOS QUE NO PISA SUS HOSPITALES, POR EL “MIEDO AL QUÉ DIRÁN”. Y MADRID SE VA A GASTAR UN DINERAL EN DOS PROTONTERAPIAS PESE A QUE LA DE QUIRON YA ESTÁ INSTALADA, FUNCIONANDO, CURANDO A DECENAS DE NIÑOS Y HA RECIBIDO LA VISITA ADMIRADA DE LA REINA LETIZIA HACE UNOS DÍAS. ES INEXPLICABLE. PERO AL MENOS, LOS RESULTADOS FINANCIEROS RESPONDEN POR SÍ SOLOS A TODO ESTO.
- EN ESTA ESPAÑA “CAINITA”, PARECE QUE DA IGUAL QUE QUIEN AFRONTA UN RETO, LO SUPERE CON EXCELENCIA. Y MÁS SI HABLAMOS DE SANIDAD. LA “DERECHA SANITARIA” SE HA EMPAPADO DE LOS ESTIGMAS DE LA IZQUIERDA CONTRA QUIRON, QUE AL MENOS RESPONDE CON BUENA SANIDAD Y BUENA GESTIÓN. UN MÉRITO DE SUS PROFESIONALES Y SU EQUIPO, POR EL QUE SU C. DELEGADO, HÉCTOR CIRIA, EN NOMBRE DE TODOS ELLOS, MERECE SER HOY, SIN DUDA, NUESTRA “FIGURA DEL DÍA”.

SANIFAX

El Humor en la Prensa Nacional

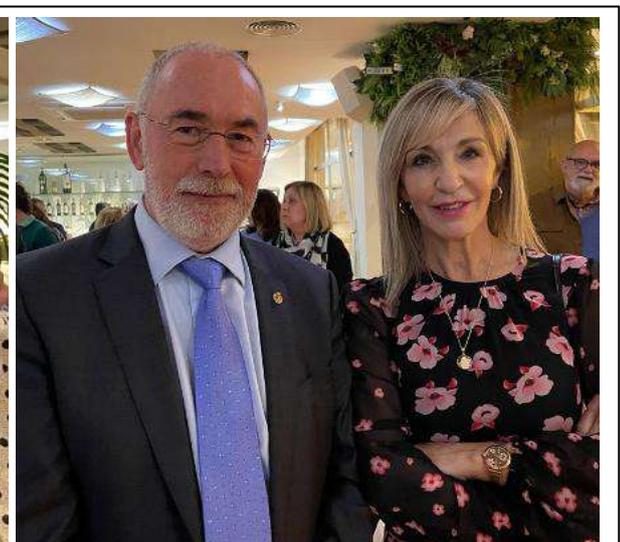
HUMOR



REDES SOCIALES

HERMANN SCHWARZ Y SU EQUIPO TOMAN POSESIÓN EN EL COLEGIO MÉDICO DE ALICANTE

*** SEGUNDA PARTE DEL REPORTAJE GRÁFICO DE AYER**



Algunas imágenes más de la toma de posesión del COM de Alicante, que fue un gran acto. Arriba, la foto de familia de la Junta y autoridades. En 2ª fila, Paco Miralles, Maribel Moya, Tomás Cobo, Antonio Arroyo (expresidente) y Andrés García Mongars (Farmacéuticos). Y abajo, el buen Secretario General, José Manuel Peris, con su familia. Y Paco Miralles, con Virginia Izura, mujer de la que muy pronto se oirá hablar en la OMC.

LA FUNDACIÓN COFARES CELEBRA, CON GRAN ÉXITO, SUS CHARLAS CHAMBERÍ (1)



Ayer se celebró una nueva edición de “Charlas Chamberí” de la F. Cofares, de gran interés, a la que acudieron conocidas caras farmacéuticas. En la foto superior vemos a Felix Martínez, M^a Luisa Villanueva, Angel Rielo, Emilio Martinez Imaz y Bernardo Rhodes. Abajo vemos a Asun Redin, Poveda y Rosalia Gozalo. Beatriz Escudero (Fundación Cofares) se encargó de que todo saliera a la perfección. En la página siguiente podrán ver más imágenes del acto.

LA FUNDACIÓN COFARES CELEBRA, CON GRAN ÉXITO, SUS CHARLAS CHAMBERÍ (2)



Investigamos
Desarrollamos
Creecemos en

Salud



www.rovi.es

Las informaciones, comentarios, y bromas de esta sección son enviadas o comentadas por nuestros lectores, siempre en tono de humor y sin mala intención. Sanifax no se hace responsable de las opiniones de nuestras "avispa", aunque respeta su libertad de expresión.



El Avispero

YA ESTÁ "LA BATALLA" DE UNIPROMEL POR LA VOCALÍA DE MÉDICOS DE SANIDAD PRIVADA DE LA OMC EN MARCHA. IGNACIO GUERRERO HA COGIDO A UN "TONTITO ÚTIL", COMO ESTÁ DEMOSTRANDO SER SELLES, PARA HACER SU OPERACIÓN DE "ASALTO A LA OMC". POR SU PARTE, SELLES TAMBIÉN QUIERE TENER UN PIE EN LA SEDE DE PLAZA DE LAS CORTES. Y LA PERSONA ELEGIDA PARA ELLO ES MARÍA CORDÓN, QUE ES LA QUE REALMENTE MANEJA EL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID. Y QUE TIENE UNA AMBICIÓN ILIMITADA. POR ESO QUIERE ENTRAR EN LA OMC COMO SEA. "LE DA IGUAL IR CON UNIPROMEL, LA GRAN ENEMIGA DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO. SI SU PADRE, EL GRAN PÚBLICO, LEVANTARA LA CABEZA Y LA VIERA EN ESA OPERACIÓN, SE LLEVARÍA UNA GRAN DESILUSIÓN CON SU HIJA. PERO YA SE SABE QUE ESTA MUJER, DE ESCRÚPULOS, POCOS", COMO DICEN NUESTRAS "AVISPAS". SIN EMBARGO, PACO MIRALLES, COLEGIOS DE LA C. VALENCIANA Y OTROS INDEPENDIENTES, ESTÁN PROMOViendo LA CANDIDATURA DE UNA GRAN MUJER, TESORERA DEL COLEGIO DE MURCIA, QUE TIENE POSIBILIDADES. Y QUE, ADEMÁS, CUENTA CON EL AVAL DE VILLARIG, QUE ES COMO "EL AVAL DE LA VICTORIA" EN TODO LO QUE ES OMC. CON LO CUAL, MARÍA CORDÓN, LO MEJOR QUE PODRÍA HACER, ES NO PRESTARSE A ESA OPERACIÓN.

AYER COMENZARON "LAS CHARLAS DE CHAMBERÍ", DE LA FUNDACIÓN COFARES. HUBO UNA BUENA INTERVENCIÓN DE NACHO VILLOCH SOBRE FARMACIAS EXPONENCIALES, ADEMÁS DE UN MONÓLOGO MUY INTERESANTE Y DIVERTIDO DE ÁNGEL RIELO. EL ENCUENTRO CONCITÓ A PERSONALIDADES DE LA FARMACIA MADRILEÑA, COMO LA VOCAL ROSALÍA GOZALO, CANDIDATA CON MUCHAS POSIBILIDADES A SER LA NUEVA PRESIDENTA DEL COLEGIO FARMACÉUTICO DE MADRID DESDE ABRIL. ADEMÁS DE EMILIO MARTÍNEZ IMAZ, DEL CONSEJO RECTOR DE COFARES; Y BEATRIZ ESCUDERO, LA EFICAZ "EJECUTORA" DE TODO EN LA FUNDACIÓN. LAMENTABLEMENTE, NO PUDO ESTAR SOFÍA AZCONA, LA DIRECTORA GERENTE DE LA FUNDACIÓN, PUES ACABA DE CONTAGIARSE DE COVID. CIERTO QUE ES MUY LEVE, PERO ESTÁ AISLADA EN CASA. LE DESEAMOS, DESDE SANIFAX, UNA PRONTA RECUPERACIÓN.

ESTA TARDE SE PROCLAMAN LAS CANDIDATURAS AL COF MADRID. Y HASTA HOY A MEDIODÍA HAY TIEMPO PARA SUBSANAR LOS ERRORES QUE VIO LA MESA ELECTORAL. HAY UN POCO DE "ACONGOJE" EN LOS EQUIPOS, PORQUE LA MESA DECIDIRÁ LO QUE DIGA SU ABOGADO, LEOPOLDO AGRAZ, CONOCIDO POR SER MUY ESTRICTO Y NO DEJAR PASAR UNA. Y CLARO, EL RECUERDO DE LO SUCEDIDO EN 2014 CON ALEXIA LARIO Y J. ENRIQUE HOURS FLOTA EN EL AMBIENTE. CONFIAMOS EN QUE EL SUSTO SEA SÓLO ESO. Y QUE TODAS "PASEN EL CORTE".

LA ANÉCDOTA: EL "MOTE" CON EL QUE SE CONOCE A ANA BARCELÓ EN TODO VALENCIA...

EN LA C. VALENCIANA, SE HABLA Y NO SE PARA "DEL DESASTRE QUE ES LA CONSEJERÍA DE ANA BARCELÓ". DE DIRECTORAS GENERALES QUE NO SE HABLAN ENTRE ELLAS. DE SU FALTA DE "PUNCH". O DE QUE SU CANDIDATURA EN LA ALCALDÍA DE ALICANTE SE VA A CAER PORQUE EN LOS "TRACKINGS", PIERDE CLARAMENTE CONCEJALES... PERO LA GENTE DE VALENCIA ES IRÓNICA Y SIMPÁTICA. Y POR ESO, LO ÚLTIMO DE ANA BARCELÓ ES UN "MOTE". YA ES CONOCIDA COMO "LA PERSIANERA". PORQUE FUE EN SU DÍA ALCALDESA DE SAX, EN ALICANTE, UN MUNICIPIO DONDE HAY VARIAS EMPRESAS QUE FABRICAN PERSIANAS. Y QUE EN UN GESTO UN POCO SURREALISTA, EN SU ROTONDA DE ENTRADA AL PUEBLO, TIENE PUESTA UNA PERSIANA COMO HOMENAJE. BARCELÓ SALIÓ TAMBIÉN FATAL DE ALLÍ. PERO EN TONO CARIÑOSO Y NADA CRÍTICO, TODO VALENCIA LE LLAMA YA: "LA PERSIANERA"...

→ **EL SANTORAL:** AYER ESTUVO EMILIO MARTÍNEZ IMAZ EN EL ACTO DE F. COFARES. Y PRECISAMENTE HOY VIERNES ES SU CUMPLEAÑOS. MARTÍNEZ IMAZ ES UN HOMBRE CERCANO, INTELIGENTE Y SIEMPRE FIEL A EDUARDO PASTOR. SEGURO QUE SU MÓVIL SE LLENA HOY DE FELICITACIONES, A LAS QUE UNIMOS LA DE LA REDACCIÓN DE SANIFAX.