

ISSN 0304-4858 | e-ISSN 2173-2302

Gaceta Médica de Bilbao

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Información para profesionales sanitarios
Bilboko Medikuzientzien Akademiaren aldizkari ofiziala. Osasun langileentzako informazioa
Official Journal of the Bilbao Academy of Medical Sciences. Information for health professionals

Vol. 120, No. 3. Julio-Septiembre 2023
120. Libur. 3. Zenb. 2023ko Uztaila-Iraila
Vol. 120, No. 3. July-September 2023

Publicación incluida en:
SCOPUS, Scimago Journal &
Country Rank (SJR), NLM
(NLMUID 7505493), Excerpta
Medica Data Base (EMBASE),
Google Scholar, DIALNET,
Latindex, Inguma

Euskaraz dagoen lehen
aldizkari zientifiko biomedikoa

Decana de las revistas
médicas de España.
Fundada en 1894



125 años
1894-2020
BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

www.acmbilbao.org

www.gacetamedicabilbao.eus

En buena ~ Compañía

Ayer, hoy y siempre

Con la mayor red privada
de centros, profesionales y
servicios de salud de Euskadi



900 81 81 50

Más historias en
buena compañía aquí

 **DIMQ**
Cuidamos de ti

GACETA MÉDICA DE BILBAO



BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director

Agurtzane Ortiz Jauregui

Jefe de redacción

María Elena Suárez González

Secretario de redacción

José Manuel Llamazares Medrano

Consejo de redacción

Carmelo Aguirre
Antonio del Barrio Linares
Ángel Barturen Barroso
Jacinto Bátiz Cantera
Francisco L. Dehesa Santisteban
Ana María García Arazosa
M.^a Carmen N. Espinosa Furlong
Juan I. Goiria Ormazabal

Fco. Javier Goldaracena
Adrian Aginagalde Llorente
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu
José Manuel Llamazares
Arsenio Martínez Álvarez
Gabriel Martínez Compadre
Agustín Martínez Ibargüen
Alberto Martínez Ruiz

Julen Ocharan Corcuera
Guillermo Quindós Andrés
Alfredo Rodríguez Antigüedad
Juan José Zarranz Imirizaldu
José Luis Neyro Bilbao

Junta de Gobierno (ACMB)

Presidente

Agurtzane Ortiz Jauregui

Vicepresidente Biología

M.^a Isabel Tejada Mínguez

Vicepresidente Farmacia

Juan Uriarte García-Borreguero

Vicepresidente Medicina

Agustín Martínez Ibargüen

Vicepresidente Odontología

Ana María García Arazosa

Vicepresidente Veterinaria

Ramón Juste Jordán

Secretario general

M.^a Luisa Arteagoitia González

Secretario de actas

Miguel Ángel Ulibarrena Sainz

Bibliotecario

Eduardo Areitio Cebrecos

Tesorero

Víctor Echenagusia Capelastegui

Jefe de redacción

Elena Suárez González

Secretario de redacción

José Manuel Llamazares Medrano

Vocales

Beatriz Astigarraga Aguirre

Eugenio Domínguez Zapatero

Lourdes Íscar Reina

Mikel Sánchez Fernández

Elixabete Undabeitia P. de Mezquia

Marcelo Calabozo Raluy

Alejandro de la Serna Rama

Arantza Fernández Rivas

Ana Gorroñoigoitia Iturbe

Expresidentes

Ricardo Franco Vicario

Juan Ignacio Goiria Ormazabal

Juan José Zarranz Imirizaldu

Contacto

© Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.
C/ Lersundi 9, 5.º. C. P. 48009 Bilbao. Bizkaia. España. Tel.: +(34) 94 423 37 68.
Web: www.acmbilbao.org. E-mail: academia@acmbilbao.org

Envío de artículos a Gaceta Médica de Bilbao: gacetamedicabilbao@acmbilbao.org
Web de la Gaceta Médica de Bilbao y normas de publicación: <http://www.gacetamedicabilbao.eus>

Comité editorial internacional

Anestesia y Reanimación

Juan Heberto Muñoz, D. F. México

Cardiología

Carlos Morillo, Canadá

Ciencias de la Alimentación

Flaminio Fidanza, Perugia, Italia

Cirugía Digestiva-Oncología

Xavier de Aretxabala, Santiago, Chile

Cirugía Vascul y Angiología

Gregorio Sicard, Washington, EE. UU.

Economía de la Salud

Victor Montori, Mayo Clinic, EE. UU.

Farmacología Clínica

Patrick du Souich, Montreal, Canadá

Gastroenterología

Henry Cohen, Montevideo, Uruguay

Hematología

Alejandro Majlis, Santiago, Chile

Hipertensión

Antonio Méndez Durán, CDMX, México

Medicina Interna

Salvador Álvarez, Mayo Clinic, EE. UU.

Medicina del Trabajo

Pierre Brochard, Burdeos, Francia

Nefrología

Ricardo Correa-Rotter, D. F. México

Neurología

F. Barinagarrementeria, México

Odontología

Enrique Bimstein, U. Florida, EE. UU.

Odontología Pediátrica

Ana B. Fucks, Univ. of Hadassa, Israel

Psiquiatría

Manuel Trujillo, Nueva York, EE. UU.

Radiodiagnóstico

Ramiro Hdez., Ann Ridor, EE. UU.

Virología

Luc Montaigner, París, Francia

Comité editorial (presidentes de las secciones)

Alergología

Pedro Gamboa Setién

Análisis Clínicos

Paloma Liendo Arenaza

Anestesia y Reanimación

Alberto Martínez Ruiz

Anatomía Patológica

Rebeca Ruiz

Biología

Nieves Zabala Arriaga

Cardiología

Alain Laskibar Asua

Cirugía General-Laparoscopia

Carlos Pérez San José

Cirugía Plástica

Francisco J. García Bernal

Cirugía Vascul y Angiología

Ángel Barba Vélez

Cuidados Paliativos

Jacinto Bátiz Cantera

Dolor (Tratamiento del)

María Luisa Franco Gay

Economía de la Salud

Joseba Vidorreta Gómez

Educación Médica

Jesús Manuel Morán Barrios

Emergencias y Medicina Crítica

Gontzal Tamayo Medel

Endocrinología

Yolanda García Álvarez

Estudiantes de Medicina

Iñigo Arroyo Pérez

Euskera y plurilingüismo

Agurtzane Ortiz Jauregi

Farmacia

Monike de Miguel

Gastroenterología

Maite Bravo Rodríguez (Gastro. Viz.)

Geriatría

Naiara Fernández Guitiérrez

Gestión y Calidad Asistencial

María Luisa Arteagoitia

Ginecología y Obstetricia

Álvaro Gorostiaga Ruiz-Garma

Hematología

José Antonio Márquez Navarro

Historia ciencias de la salud

Enrique Aramburu Araluce

Jóvenes-Residentes

Iñigo Arroyo Pérez

Medicina del Trabajo

Alberto Ojanguren

Medicina Deportiva

José Antonio Lekue Gallano

Medicina Familiar

José Manuel Llamazares Medrano

Medicina Física y Rehab.

Eva Lomas Larrumbide

Medicina Interna

Ricardo Franco Vicario

Medicina Legal y Forense

Francisco Etxeberria Gabilondo

Nefrología-Hipertensión

Rosa Inés Muñoz González

Neumología

Isabel Urrutia Landa

Neurofisiología

Silvia Taramundi Argüeso

Neurología

José María Losada Domingo

Odontología

Alberto Anta Escuredo

Oftalmología

Nerea Martínez Alday

Oncología Médica

Ramón Barceló

Otorrinolaringología

Arantza Ibargutxi Álvarez

Pediatría

Jesús Rodríguez Ortiz

Psicosomática

Isabel Usobiaga Sayés

Radiología/Diag. por la Imagen

Arsenio Martínez Álvarez

Relaciones con Hispanoamérica

José Luis Neyro Bilbao

Relaciones Internacionales

Julen Ocharan

Reumatología

Olaia Fernández Berrizbeitia

Salud Pública

Itziar Lanzeta

Salud y Medio Ambiente

Enrique García Gómez

Salud Mental

José Andrés Martín

Toxicomanías

Javier Ogando Rodríguez

Traumatología

Eduardo Álvarez Irusteta

Urgencias

Patricia Martínez Olaizola

Urología

José Gregorio Pereira Arias

Vacunas y Antimicrobianos

Lucila Madariaga Torres

Valoración del daño corporal

Fernando Loidi Yurrita

Veterinaria

Medelin Ocejo Sianturu

SUMARIO

Gaceta Médica de Bilbao



BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Vol. 120, No. 3. Julio-Septiembre 2023
120. Libur. 3. Zenb. 2023ko Uztaila-Iraila
Vol. 120, No. 3. July-September 2023

Original / Originala / Original

- Tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal con colgajos del área glútea**
Sinus pilonidalaren tratamendu kirurgikoa ipurmasaileko zintzilarioekin
Surgical treatment of pilonidal sinus with flaps from the gluteal area
García-Bernal Francisco-Javier, Colliá-Martín Francisco, Sanz-Medrano Santiago et al. 113
- Factores que afectan en la satisfacción laboral de los Médicos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Estudio SATMAP**
Euskal Autonomia Erkidegoko lehen mailako arretako medikuen laneko gogobetetzean eragina duten faktoreak. SATMAP azterketa
Factors affecting job satisfaction of Primary Care Physicians in the Autonomous Community of the Basque Country. SATMAP Study
Torres-Salazar Sofía, Martín-Lesende Iñaki119

Nota clínica / Ohar klinikoa / Clinical note

- Tratamiento quirúrgico del Síndrome del Opérculo Torácico. Abordaje supra e infraclavicular**
Toraxeko Operkuluaren Sindromearen tratamendu kirurgikoa. Abordatze supra eta infraklabikularra
Surgical treatment of the Thoracic Operculum Syndrome. Supra and infraclavicular approach
Lara-Quintana Arkaitz; Hernando-Rydings Manuel, Jiménez-Maestre Unai et al.133
- Leishmaniasis visceral, estudio de casos**
Errailetako leishmaniasia, kasuen azterketa
Visceral leishmaniasis, case study
Momeñe-Rojas Natalia-Ane, Pereda-Barroeta Javier, Villamandos-Tellaeche Edorta et al.138
- Introducción de la penicilina en Bizkaia por el puerto de Bilbao**
Penizilina Bizkaian sartzea Bilboko portutik
Introduction of penicillin into Biscay through the port of Bilbao
Gondra-Rezola Juan, Garaizar-Candina Javier, Aramburu-Araluce Enrique.143

Art. Especial / Art. Berezia / Special. Art.

- De la salud pública al concepto una sola salud (One Health). El papel de la prevención y de la visión global de los riesgos para la salud**
Osasun publikotik osasun bakar batera (One Health). Prebentzioaren eta osasunerako arriskuen ikuspegi globalaren zeregina
From public health to the One Health concept. The role of prevention and the global vision of health risks
Dehesa-Santisteban Francisco 151

Reilusionar a la princesa del estado de bienestar
Ongizate estatuko printzesa birilusionatzea
Re-enchanting the welfare state princess

Nuño-Solinís Roberto, Ortún-Rubio Vicente..... 156

Esperando la próxima pandemia
Hurrengo pandemiaren zain
Waiting for the next pandemic

Erkoreka Anton.....163



Sala de Prensa online

inicio

quienes-somos

servicios

clientes

trabaja con nosotros

nota 2.0

contacto



Comunicación Sanitaria

Especialistas

en comunicación sanitaria y
en la difusión de congresos
de ciencias de la salud
desde 1996

más información

Comunicación
Sanitaria

amplia especialización

Comunicación
en Congresos

más de 100 ponencias

Comunicación
de Crisis

planes de gestión

Formación
de Portavoces

ejercicios en aula

Gabinete
de Prensa

gestión de medios

Creación
de Líderes

de opinión / referentes

Consultoría
Estratégica

de comunicación

Oficinas centrales. Plaza de San José 3, 1.º dcha. 48009 Bilbao (Bizkaia). Tel.: (+34) 94 423 48 25.

E-mail: info@docorcomunicacion.com. Web: <http://www.docorcomunicacion.com>

Bilbao | Madrid | Vitoria-Gasteiz | México | Brasil



Tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal con colgajos del área glútea

García-Bernal Francisco-Javier^{a, b}, Collia-Martín Francisco^{a, c}, Sanz-Medrano Santiago^d, Hierro-Olabarria-Salgado Lorena^e

a) Instituto Regalado y Bernal de Cirugía Plástica y de la Mano. Bilbao, España.

b) Mutualia. Unidad de Mano, Muñeca y Microcirugía. Bilbao, España.

c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Cirugía Plástica. Bilbao, España.

d) Servicio Madrileño de Salud. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Servicio de Cirugía Plástica. Madrid, España.

e) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Cirugía General. Bilbao, España.

Recibido el 13 de abril de 2023; aceptado el 03 de mayo de 2023

Resumen:

El sinus pilonidal es una condición supurativa crónica relacionada con el crecimiento del folículo piloso, normalmente localizado en región sacra. Si bien habitualmente se trata de un cuadro local cuyo manejo es sencillo, en ocasiones puede infectarse y ser necesario recurrir a desbridamiento quirúrgico agresivo.

Métodos:

Los autores muestran su experiencia en el manejo del defecto creado tras la resección del sinus pilonidal, mediante el empleo de colgajos del área glútea.

Resultados:

Los tres casos presentados evolucionaron de forma satisfactoria lográndose el cierre del defecto sin complicaciones.

Conclusiones:

Los colgajos glúteos constituyen una técnica fiable para la reconstrucción de defectos en área sacra para el tratamiento del sinus pilonidal; aporta cobertura de calidad, con un bajo riesgo de dehiscencia y de recidiva, mínima de morbilidad, baja necesidad de cuidados postoperatorios con una corta convalecencia y resultados estéticamente aceptables.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Sinus pilonidal.
Enfermedad pilonidal.
Colgajo.
Cirugía reconstructiva.
Tratamiento quirúrgico.

GILTZA-HITZAK

Sinus pilonidal.
Gaixotasun pilonidala.
Zintzilikarioa.
Kirurgia berreraikitzailea.
Tratamendu kirurgikoa.

Sinus pilonidalaren tratamendu kirurgikoa glútea eremuko koltxoiekin

Laburpena:

Sinus pilonidal-a folkulu pilosoaren hazkundearekin lotutako baldintza supuratibo kronikoa da, normalean eskualde sakratuan kokatua. Normalean erabilera erraza duen koadro loka-la izan arren, batzuetan infektatu egin daiteke eta beharrezkoa izaten da kirurgi-koskor agresiboa izatea.

Metodoak:

Egileek sinus pilonidalaren erresekzioaren ondoren sortutako akatsaren erabi-leran duten esperientzia erakusten dute, glútea eremuko zintzilikarioak erabiliz.

Emaitzak:

Aurkeztutako hiru kasuek bilakaera ona izan zuten, eta akatsaren itxiera arazor-ik gabe itxi zen.

Ondorioak:

Gluteozko zintzilikarioak teknika fidagarria dira sinus pilonidalaren tratamendurako eremu sakratuko akatsak berreraikitzeke; kalitate-estaldura ematen du, dehizentzia- eta harrera-arrisku baxuarekin, gutxieneko morbiditate-arriskuarekin, ebakun-tza osteko zainketen premia baxuarekin, eritasun labor batekin eta estetikoki onargarriak diren emaitzekin.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Pilonidal sinus.
Pilonidal disease.
Flap.
Reconstructive surgery.
Surgical treatment.

Pilonidal sinus surgical treatment with flaps from the gluteal area

Abstract:

The pilonidal sinus disease is a chronic suppurative condition related to the growth of the hair follicle, typically located in the sacral area. Although it is usually a local condition simple to manage, it can become infected and this situation can lead us to indicate an aggressive surgical debridement.

Methods:

The authors show their experience in the management of the defect created after resection of the pilonidal sinus, through the use of flaps of the gluteal area.

Results:

The postoperative period ran uneventfully in the three cases shown presented. Closure of the defect was achieved with minimal pain during all the procedure, no bleeding or infection, and no disease recurrence.

Conclusions:

The gluteal flaps are a reliable technique that provide many advantages as excellent coverage with lower risk of dehiscence, minimal morbidity, few needs for postoperative care, low risk of recurrence, fast recovery and aesthetically acceptable outcomes.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

El sinus pilonidal es una condición supurativa crónica relacionada con el crecimiento del folículo piloso, de curso clínico variable: poro asintomático, fístula crónica, quiste o absceso. Tras una primera descripción en el siglo XIX por Abraham Wendell¹, en la literatura encontramos múltiples opciones terapéuticas y un manejo controvertido^{2,3}.

Clásicamente se localizan en el pliegue interglúteo, por encima del ano, pero pueden aparecer en otras re-

giones: pliegues interdigitales, axilas, ombligo, región suprapúbica, ingle, muñones de amputación o márgenes anales².

La incidencia del problema es de 26/100.000 y la prevalencia de entre 0,7% y 8,8%; típicamente en varones jóvenes entre 15 y 30 años, siendo rara su manifestación tras los 60 años. Desde el punto de vista etiológico, están descritos como factores predisponentes el hirsutismo, la piel fina, sobrepeso (índice de masa cor-

poral > 25), una hendidura glútea profunda, sedestación prolongada durante muchas horas al día o historia familiar previa².

La teoría etiopatogénica más aceptada apunta a un origen traumático; los microtraumatismos de repetición entre ambos glúteos que alterarían el crecimiento de folículos pilosos en zonas con la piel más adelgazada. El crecimiento subcutáneo del folículo provoca una reacción a cuerpo extraño, que desemboca en la formación de una cavidad subcutánea rodeada de tejido de granulación. Si el quiste pilonidal se infecta, produce un absceso pilonidal el cual drenará a través de un sinus pilonidal. En definitiva, el quiste pilonidal no es un quiste verdadero, sino una reacción a cuerpo extraño tapizada de tejido de granulación con contenido piloso en el interior. De ahí que algunos autores la definan como enfermedad pilonidal.

La forma de presentación clínica más frecuente es como un cuadro de dolor local y en forma de absceso agudo, raramente acompañado de fiebre u otros síntomas generales⁴. Ocasionalmente, este absceso se cronifica, dando lugar a episodios periódicos de drenaje espontáneo y convirtiéndose en un proceso crónico-recidivante.

El diagnóstico viene dado por la exploración física, siendo necesario realizar el diagnóstico diferencial con la hidrosadenitis supurada (Enfermedad de Verneuil⁵), una foliculitis o una forunculosis. El cultivo bacteriano y el análisis histológico son útiles sólo ante sospecha clínica de entidades raras como la tuberculosis o la actinomicosis⁶.

Las pruebas complementarias, como la ecografía endoanal y/o la RMN, buscan descartar otros procesos como fístulas, tumores u osteomielitis sacra².

El tratamiento quirúrgico estará indicado en los casos con sintomatología clínica y fracaso de las medidas conservadoras⁷. Este consistirá en un desbridamiento quirúrgico, el cual debe ser generoso para reducir la posibilidad de recidiva. Dicha limpieza conlleva la creación de un defecto de partes blandas, el cual se puede cerrar con cicatrización dirigida o mediante la transferencia de tejidos locales (colgajo). Entre estas últimas, elegiremos dentro de nuestro arsenal terapéutico aquellas que nos ofrezcan los mejores resultados con mínima morbilidad para el paciente.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de sinus pilonidales mediante la extirpación amplia y la reconstrucción con colgajos fasciocutáneos basados en arterias perforantes de la región glútea (colgajo SGAP)⁸.

Materiales y métodos

Presentamos tres casos clínicos de sinus pilonidales, donde tras una resección radical del área afectada, se realiza una reconstrucción con colgajos fasciocutáneos nutridos por arterias perforantes, ramas de las arterias glúteas (colgajos SGAP).

Una vez la arteria glútea superior atraviesa el agujero suprapiriforme, se ramifica y da múltiples arterias perforantes, que atraviesan el músculo glúteo mayor y nutren la piel y el tejido celular subcutáneo de la mitad más craneal de la nalga.

Basándonos en estas arterias perforantes, es posible diseñar un colgajo fasciocutáneo, que tras su disección y movilización, permite reconstruir defectos en área sacra, como los resultantes tras la resección radical de los sinus pilonidales⁸⁻¹⁰.

Tras la identificación preoperatoria de la localización de las arterias perforantes utilizando un ecógrafo Doppler se realiza el diseño del colgajo¹¹. Tras la incisión cutánea, se realiza la resección de los tabiques del tejido celular subcutáneo, se localiza y respeta las arterias nutrientes de los colgajos y se avanzan hacia el defecto a cubrir. En los dos primeros casos se utiliza un diseño en V-Y, el cual permite el avance en bloque del colgajo hacia el defecto y el cierre directo de la zona donante (Figuras 1 y 2). En el tercer caso mostrado, el colgajo rota sobre el pedículo 90° (Figura 3).

Caso 1

Mujer de 23 años con un quiste pilonidal a nivel sacro recidivado e intervenido en cuatro ocasiones. En la imagen superior izquierda (Figura 1^a), se puede apreciar el defecto resultante de la extirpación en bloque del quiste pilonidal, sus trayectos fistulosos y de todo el tejido con signos de inflamación.

Preoperatoriamente se diseña el colgajo fasciocutáneo basado en arterias perforantes ramas de la arteria glútea superior, las cuales han sido previamente identificadas con la ayuda del Doppler (marcadas en forma cruces).

Tras la incisión cutánea, se eliminan los tabiques fibrosos, quedando en colgajo conectado al paciente únicamente de los vasos nutrientes (Figura 1^b). Esto permite movilizar y avanzar el colgajo hacia el defecto en línea media lográndose así el cierre del defecto en único tiempo quirúrgico (Figura 1^c).

La zona donante del colgajo, se cierra directamente, con lo que disminuye la morbilidad del proceso.

Caso 2

Quiste pilonidal recidivado tras tres intervenciones, en región sacra. Tras la extirpación de la lesión (Figura 2^a), el defecto resultante se reconstruye con un colgajo de perforantes de la arteria glútea superior (Figuras 2^b y 2^c).

De forma preoperatoria, se identificaron las arterias perforantes a ambos lados de la línea media (puntos azules en región glútea izquierda) por si fuera necesario disecar un segundo colgajo. Sin embargo, con el avance de un único colgajo se consiguió la cobertura del defecto.

Caso 3

Idéntica situación, en un varón de 30 años (reconstrucción de defecto sacro con colgajo de perforantes de la glútea superior SGAP). Tras la disección el colgajo fasciocutáneo queda conectado al paciente sólo por el pedículo vascular (arterias perforantes y sus venas concomitantes). A continuación, se realiza la movilización del colgajo mediante un giro del mismo sobre el pedículo en sentido horario (colgajo en hélice) (Figura 3).

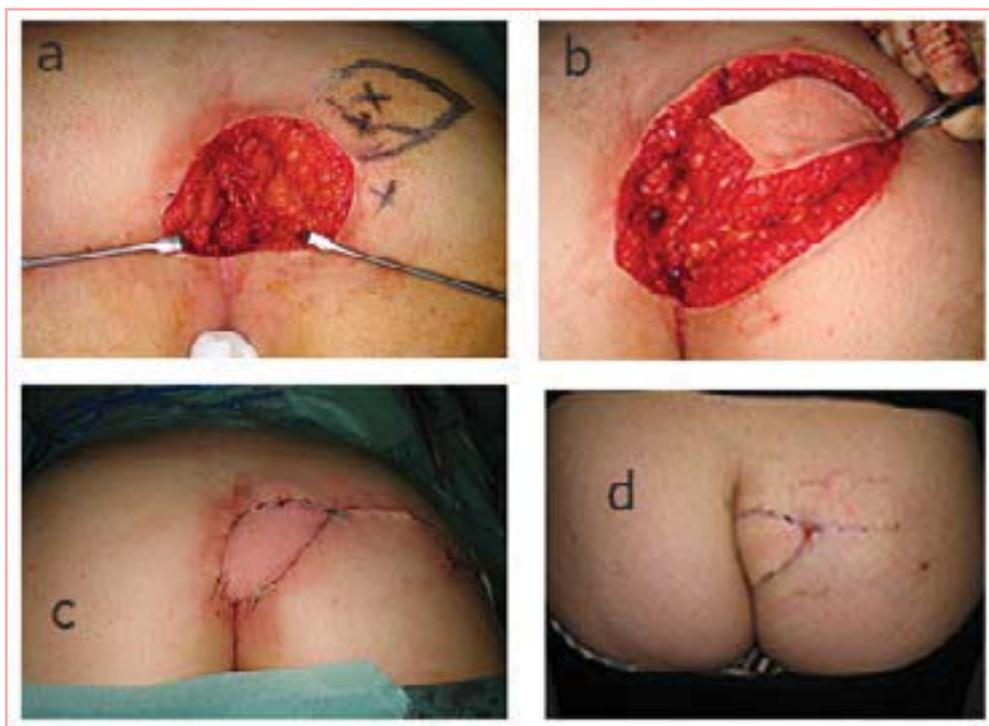


Figura 1. A. Defecto resultante tras la extirpación radical del sinus pilonidal.
 B. Incisión de colgajo fasciocutáneo basado en arterias perforantes ramas de la arteria glútea superior con diseño V-Y.
 C. Cierre del defecto tras el avance del colgajo hacia línea media.
 D. Resultado postoperatorio a los dos meses.

Resultados

En los tres casos presentados, el postoperatorio cursó sin incidencias. Se logró una cicatrización completa de las heridas, sin sangrado ni infección y con un control del dolor controlado en todo momento. A los dos años y medio de seguimiento postoperatorio medio (Media 33.5 meses. Rango 28-42) no se ha constatado recidiva de la enfermedad.

Discusión

A pesar de la existencia de múltiples estudios, en la actualidad no existe un consenso sobre el tratamiento idóneo de esta de patología.

El tratamiento con fenol¹² o mediante empleo de láser¹³ son algunas de las opciones de tratamiento no quirúrgico. Está descrita la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en términos de recurrencia, entre el tratamiento con fenol y el tratamiento quirúrgico¹⁴. Sin embargo, la necesidad de al menos tres aplicaciones, bajo anestesia en la mayor parte de los pacientes, frente al carácter más definitivo de la extirpación y reconstrucción con colgajos, nos inclina a seguir la recomendación más aceptada de las técnicas quirúrgicas.

La cirugía estará indicada en casos sintomáticos⁷ adaptando la técnica al tamaño de la lesión y las características del paciente. Los objetivos del tratamiento serán los de reseca la lesión con la menor morbilidad posible, favorecer la reincorporación a la vida activa de una forma precoz, y preservar la estética del área.

La mayor tasa de éxito va ligada a un desbridamiento radical de la lesión, lo que conlleva un defecto de tejido tras la extirpación de la misma. El cierre del defecto resultante puede llevarse a cabo con curas locales -por segunda intención-, mediante cierre primario de la herida o por transfiriendo tejidos adyacentes vascularizados (colgajos).

El cierre directo de la lesión cuenta con un inconveniente. El primero y más importante, limita el desbridamiento de la zona afectada al estar condicionado por la intención de realizar dicho cierre directo, por lo que presenta una mayor tasa de recidiva. Además presenta una elevada tasa de dehiscencia de sutura y de otras complicaciones de la herida quirúrgica¹⁵.

Mediante el traslado de la hendidura glútea lateralmente durante el cierre directo, para alejarlo fuera de la línea media, se busca reducir la depresión de la hendidura y el estrés mecánico durante los movimientos postoperatorios. Si bien los resultados presentan ventajas con respecto al cierre primario en la línea media, estas técnicas son insuficientes para el tratamiento de lesiones de tamaño medio y mayores y los colgajos resultan superiores en estos casos¹⁶.

La resección radical de la cavidad presenta la menor tasa de recidivas. Partiendo de esta base, el siguiente paso es el del manejo del defecto resultante.

Un cierre por segunda intención, implica un número elevado de curas dolorosas y un prolongado tiempo de

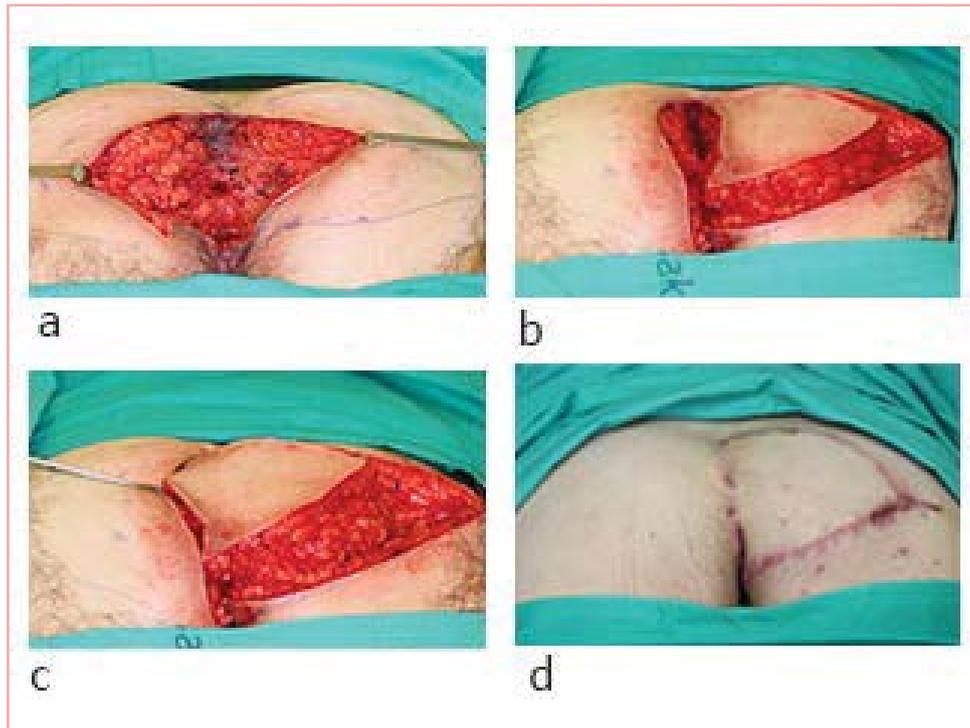


Figura 2. A. Gran defecto en área sacra tras el desbridamiento de un sinus pilonidal multioperado. B. Colgajo fasciocutáneo basado en arterias perforantes ramas de la arteria glútea superior. C. Avance del colgajo hacia el defecto a reconstruir. D. Resultado postoperatorio a los seis meses.

convalecencia entre otros muchos inconvenientes (económicos, sociales, calidad de vida del paciente, etc.). En los últimos años, los sistemas de presión negativa han conseguido reducir el tiempo del cierre de estas heridas y se han empleado con éxito en determinados casos, donde por las características del paciente, se intentaba evitar el tratamiento quirúrgico¹⁷. No obstante, los inconvenientes de esta técnica, son similares al cierre por segunda intención por lo que sus indicaciones son limitadas.

El meta-análisis de Berthier, incluyendo 17 estudios prospectivos randomizados, mostró unos resultados claramente superiores en aquellos casos de reconstrucción con colgajo frente a otras técnicas (menor tasa de recurrencias y de dehiscencias, un menor tiempo de curación de la herida y de reincorporación a la actividad)¹⁸.

Dentro de los distintos tipos de colgajos, los colgajos fasciocutáneos glúteos constituyen una excelente opción para la reconstrucción de defectos en éste área, con una mínima morbilidad. Al contrario que los colgajos de músculo glúteo, no implican el sacrificio del músculo.

Entre las ventajas de esta técnica, nos encontramos, Por un lado, la zona vecindad de la zona donante, hecho este que aporta una gran similitud de las características tisulares con la zona receptora. Por otro lado, esta técnica permite diseñar grandes colgajos y aportar una cantidad suficiente de tejidos blandos bien vascularizados, idóneas tanto para cobertura de las prominencias

óseas, como para la obliteración de defectos profundos, situación habitual tras la resección quirúrgica de esta entidad. Finalmente, el hecho de poder realizar el cierre directo de la zona donante, reduce notablemente la morbilidad de la misma⁸.

Conclusiones

La resección amplia del sinus pilonidal y la reconstrucción con colgajos glúteos constituye una excelente opción terapéutica. El desbridamiento radial reduce la tasa de recidivas y la cobertura con colgajos glúteos aporta una cobertura de calidad, reduce el riesgo de dehiscencia y mejora la calidad de vida del paciente durante el periodo de convalecencia a expensas de una menor necesidad de cuidados postoperatorios y una recuperación más precoz.

Bibliografía

1. Corman ML. Classic articles in colonic and rectal surgery, Pilonidal Sinus. *Dis Colon Rectum*. 1981;24(4):324-6.
2. De Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. *J Visc Surg*. 2013;150(4):237-47.
3. Kumar M, Clay WH, Lee MJ, Brown SR, Hind D. A mapping review of sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Tech Coloproctology*. 2021;25(6):675-82.
4. Søndena K, Andersen E, Nesvik I, Søreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis*. 1995;10(1):39-42.

5. Gertsch P, Mosimann R. Verneuil's disease in the differential diagnosis of suppuration of the ano-perineo-buttock region. *Helv Chir Acta*. 1980;47(3-4):477-81.
6. Von Laffert M, Stadie V, Ulrich J, Marsch WC, Wohlhab J. Morphology of pilonidal sinus disease: some evidence of its being a unilocalized type of hidradenitis suppurativa. *Dermatol Basel Switz*. 2011;223(4):349-55.
7. Doll D, Friederichs J, Boulesteix AL, Düsel W, Fend F, Petersen S. Surgery for asymptomatic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis*. 2008;23(9):839-44.
8. Allen RJ. The superior gluteal artery perforator flap. *Clin Plast Surg*. 1998;25(2):293-302.
9. Lin CT, Chang SC, Chen SG, Tzeng YS. J Modification of the superior gluteal artery perforator flap for reconstruction of sacral sores. *Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014;67(4):526-32.
10. Unal C, Yirmibesoglu OA, Ozdemir J, Hasdemir M. Superior and inferior gluteal artery perforator flaps in reconstruction of gluteal and perianal/perineal hidradenitis suppurativa lesions. *Microsurgery*. 2011 ;31(7):539-44.
11. Blondeel PN, Beyens G, Verhaeghe R, Van Landuyt K, Tonnard P, Monstrey SJ, Matton G. Doppler flowmetry in the planning of perforator flaps. *Br J Plast Surg*. 1998;51(3):202-9.
12. Dogru O, Kargin S, Turan E, Kerimoğlu RS, Nazik EE, Ates D. Long-term outcomes of crystallized phenol application for the treatment of pilonidal sinus disease. *J Dermatol Treat*. 2022;33(3):1383-90.
13. Dessily M, Charara F, Ralea S, Allé JL. Pilonidal sinus destruction with a radial laser probe: technique and first Belgian experience. *Acta Chir Belg*. junio de 2017;117(3):164-8.
14. Akkurt G, Ataş H. Comparison of Crystallized Phenol Application and the Karydakís Flap Technique in the Treatment of Sacrococcygeally Localized Pilonidal Sinus Disease. *Cureus*. 2021;13(5):e15030.
15. Enriquez-Navascues JM, Empananza JI, Alkorta M, Placer C. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing different techniques with primary closure for chronic pilonidal sinus. *Tech Coloproctology*. 2014;18(10):863-72.
16. Ray K, Albendary M, Baig MK, Swaminathan C, Sains P, Sajid MS. Limberg flap for the management of pilonidal sinus reduces disease recurrence compared to Karydakís and Bascom procedure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Minerva Chir*. 2020;75(5):355-64.
17. Dorafshar A, Franczyk M, Gottlieb, Wrobley K, Lohman R. A prospective randomized trial comparing subatmospheric wound therapy with a sealed gauzed dressing and the standard vacuum-assisted closure device. *Ann Plast Surg* 2012;69(1);79-84.
18. Berthier C, Bérard E, Meresse T, Grolleau JL, Herlin C, Chaput B. A comparison of flap reconstruction vs the laying open technique or excision and direct suture for pilonidal sinus.



Factores que afectan en la satisfacción laboral de los Médicos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Estudio SATMAP.

Torres-Salazar Sofía^a, Martín-Lesende Iñaki^{b, c}

a) Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea (UPV/EHU). Facultad de Medicina. Leioa, España.

b) Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea (UPV/EHU). Departamento de Medicina de la UPV/EHU. Leioa, España.

c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto. Centro de Salud Indautxu – Dr. Areilza. Bilbao, España.

Recibido el 23 de julio de 2023; aceptado el 10 de septiembre de 2023

La inversión/recursos en atención primaria (AP) disminuyeron tras la crisis económica (2008), agravándose con el covid, con déficit acuciante de profesionales.

Objetivo:

Determinar el grado y comparación de la satisfacción laboral de los médicos de AP (MAP) del sector público/privado del País Vasco (CAV), y la influencia de factores en la misma y perspectiva laboral.

Métodos:

Estudio transversal mediante encuesta (Google, Likert 4 puntos) a los MAP de Osakidetza y privada de la CAV (noviembre 22-enero 23); difundida a través de sociedades científicas de AP y redes sociales. Estimación muestral: 314 encuestas.

Variables:

Generales (edad, sexo, antigüedad, sector, ámbito), satisfacción global, factores de satisfacción/insatisfacción (volumen/demanda, burocracia, reconocimiento, compañeros, etc.), actitud/perspectiva laboral. Análisis, con SPSS-25, univariado, asociación de variables, y regresión logística (variable dependiente: satisfacción global). Significación 0,05.

Resultados:

Recibidas 506 encuestas (30% de población diana), 89% sector público, 5,5% privado y 5,5% ambos. Insatisfacción global (Likert 1-2) 63% (IC95% 58,8-67,2);

PALABRAS CLAVE

Médicos de atención primaria.
Satisfacción.
Encuesta.
Reforma sanitaria.

asociado al tiempo trabajado (OR 6,2 si 10-30 años respecto a los residentes de medicina familiar y comunitaria, IC95% 3,5-10,8, $p < 0,001$), y sector (público OR 5, IC95% 2,1-11,8, respecto privado). Principales factores de satisfacción: relación enfermeras/compañeros/pacientes (mediana 3, RIC 3-4); de insatisfacción: reconocimiento, gestión empresa, tiempo, evaluación, sobrecarga asistencial, posibilidad docencia/investigación/formación (mediana 1, RIC 1-2). Varios factores de insatisfacción en la pública considerados de satisfacción en privada (aquí mediana 3, RIC 2-3): tiempo-volumen/pacientes y participación en gestión $p < 0,001$, conciliación familiar $p = 0,064$, seguridad $p = 0,183$, factores personales/individuales $p = 0,043$.

Conclusiones:

Considerar los factores que más influyen en la satisfacción/insatisfacción laboral y los más modificables, prioritariamente asociados al modelo asistencial, ofrece la oportunidad de incorporar estrategias de mejora en la satisfacción y en la atención. Si bien los datos son referidos a la CAV, con pequeña proporción del sector privado, probablemente los resultados puedan extrapolarse a otras organizaciones, siendo interesante estudios de mayor amplitud/diversidad.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Lehen mailako arretako medikuak.
Gogobetetasuna (asebetetasuna).
Galdetegiak
Osasun-erreforma.

Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Arretako Medikuen lan-gogobetetasunean eragiten duten faktoreak. SATMAP azterketa.

Lehen mailako arretako inbertsioa/baliabideak gutxitu egin ziren krisi ekonomikoaren ondoren (2008), covidarekin okerrera egin zen, profesionalen defizit larriarekin.

Helburua:

Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) sektore publiko/pribatuaren lehen mailako arretako medikuen (MAP) lan-gogobetetzaren maila eta alderaketa zehaztea, eta faktoreek bertan duten eragina eta lan-aukerak.

Metodoak:

Zeharkako azterketa inkesta bidez (google, Likert 4 puntu) Osakidetzari eta EAEko MAP pribatuei (azaroak 22-urtarrilak 23); AP sozietate zientifiken eta sare sozialen bidez hedatua. Laginaren estimazioa: 314 inkesta.

Aldagaiak:

Orokorrak (adina, sexua, antzinatasuna, sektorea, arloa), gogobetetze orokorra, gogobetetze/asegabetasun faktoreak (bolumena/eskaria, burokrazia, errekonozimendua, lankideak, etab.), jarrera/lanerako ikuspegia. Analisisa, SPSS-25arekin, aldagai bakarrek, aldagaien elkarketa eta erregresio logistikoa (menpeko aldagaia: gogobetetze globala). Esangura 0,05.

Emaitzak:

506 inkesta jaso dira (helburuko biztanleriaren %30), sektore publikoa %89, pribatua %5,5 eta biak %5,5. Atsekabe globala (Likert 1-2) %63 (%95 CI 58,8-67,2); lan egingdako denborarekin (OR 6,2 10-30 urte badira familiako eta komunitateko medikuntzako egoiliarren kasuan, %95eko IC 3,5-10,8, $p < 0,001$), eta sektoreko (publikoa OR 5, %95eko IC 2, 1-11,8, pribatua errespetua). Gogobetetze-faktore nagusiak: erizainak/lankideak/pazienteen ratioa (mediana 3, IQR 3-4); atsekabea: aintzatespena, enpresaren kudeaketa, denbora, ebaluazioa, zaintza gainkarga, irakaskuntza/ikerketa/prestakuntza aukera (mediana 1, IQR 1-2). Sektore publikoan asebetetze-faktore desberdinak sektore pribatuan gogobetetzat jotakoak (hemen 3 mediana, IQR 2-3): denbora-bolumena/pazienteak eta kudeaketan parte hartzea $p < 0,001$, familia kontziliazioa $p = 0,064$, segurtasuna $p = 0,183$, faktore pertsonalak/ banakako $p = 0,043$.

Ondorioak:

Laneko gogobetetzear/asegabetasunean gehien eragiten duten faktoreak eta aldagarrienak, batez ere arreta-ereduarekin lotutakoak, gogobetetasuna eta arreta hobetzeko estrategiak sartzeko aukera eskaintzen du. Datuek EAERI erreferentzia egiten dioten arren, sektore pribatuko proportzio txiki batekin, ziurrenik emaitzak beste erakunde batzuetara estrapola daitezke, zabalera/aniztasun handiagoko azterketak interesgarriak bihurtuz.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Factors affecting the job satisfaction of Primary Care Physicians in Basque Country. SATMAP study.

Investment/resources in primary care (PC) decreased after the economic crisis (2008), worsening with the covid, with a pressing shortage of professionals.

Objective:

To determine the degree and comparison of job satisfaction of primary care physicians (PCP) in the public/private sector in Basque Country (BC), and the influence of factors on job satisfaction and labour perspective.

Methods:

Cross-sectional study by means of a survey (google, 4-point Likert) of Osakidetza and private PCPs in BC (november22-january23); disseminated through PC scientific societies and social networks. Sample estimate: 314 surveys. Variables: general (age, sex, seniority, sector, field), overall satisfaction, satisfaction/dissatisfaction factors (volume/demand, bureaucracy, recognition, colleagues, etc.), work attitude/perspective. Analysis, with SPSS-25, univariate, association of variables, and logistic regression (dependent variable: overall satisfaction). Significance 0.05.

Results:

506 surveys received (30% of target population), 89% public sector, 5.5% private and 5.5% both. Overall dissatisfaction (Likert 1-2) 63% (95%CI 58,8-67,2); associated with time worked (OR 6,2 if 10-30 years with respect to family medicine trainees, 95%CI 3,5-10,8, $p < 0.001$), and sector (public OR 5, 95%CI 2,1-11,8, with respect to private). Main factors of satisfaction: nurse/partner/patient relationship (median 3, IQR 3-4); of dissatisfaction: recognition, company management, time, evaluation, care overload, possibility of teaching/research/training (median 1, IQR 1-2). Several factors of dissatisfaction in the public sector considered to be factors of satisfaction in the private sector (here median 3, IQR 2-3): time-volume/patients and participation in management $p < 0,001$, family reconciliation $p = 0,064$, safety $p = 0,183$, personal/individual factors $p = 0,043$.

Conclusions:

Considering the factors which most influence job satisfaction/dissatisfaction and those which are most modifiable, primarily associated with the care model, offers the opportunity to incorporate strategies for improving satisfaction and care. Although the data refer to the BC, with a small proportion of the private sector, the results can probably be extrapolated to other organizations, and studies of greater breadth/diversity would be interesting.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Primary care physicians.
Satisfaction.
Surveys and questionnaires.
Health care reform.

Introducción

TFG de Sofía Torres Salazar. Premio al mejor TFG en el Congreso de Residentes, Jóvenes Médicos, Tutores y Unidades Docentes, de la semFYC, Pamplona, abril 2023.

La atención primaria (AP) puede entenderse desde varias perspectivas como son la promoción de la salud y

prevención de la enfermedad, práctica asistencial y cuidados domiciliarios (prácticamente de forma exclusiva por este nivel asistencial) y paliativos, entre otras.

Ofrece asistencia a lo largo del tiempo y procesos (longitudinalidad) de forma bio-psico-social (integral). Una parte fundamental es la interacción y atención co-

munitaria, con actividades como el empoderamiento de individuos-familias-comunidad para responsabilizarse y participar en su propia salud¹.

Tal y como aseguró la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su conferencia de Alma Ata (1.978) junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “...la AP forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS), del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”².

Cabe destacar que la mayoría de los problemas que acceden al sistema sanitario (AP), porque no se contienen en la propia comunidad como muchos de ellos, se abordan o resuelven sin traspasar este nivel asistencial, lo que hace que sea altamente efectivo, resolutivo y eficiente; características reafirmadas en la Conferencia Global de AP de Astana (2018)³ y por la Asamblea Mundial de la Salud⁴.

En España, la AP es llevada a cabo por equipos multiprofesionales entre los que se encuentran los médicos, mayoritariamente especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, aunque también otros de atención primaria (MAP) en el ámbito privado. En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) hay aproximadamente 1.700 MAP (siendo en su mayoría trabajadores de Osakidetza y un 15% aproximadamente del sector privado)⁵.

Teniendo en cuenta un censo de 2.186.517 habitantes⁶, el ratio MAP (sin incluir pediatría)/paciente -uno de los indicadores clave del SNS- es de 0,73 por 1.000 habitantes, ligeramente por debajo de la media nacional (0,78 por 1.000), siendo el del resto de especialistas 1,97, y muy por debajo de países como Portugal (1,63) o Irlanda (1,82)^{7,8}. A diferencia de otros países, el 100% de la población española con residencia legal tiene cobertura sanitaria financiada con fondos públicos sin copago en la asistencia⁸.

La atención asistencial actual se caracteriza por un progresivo envejecimiento y aumento de la comorbilidad y complejidad. España es uno de los países de la Unión Europea con mayor esperanza de vida^{7,8} y, dentro del territorio nacional la CAPV ocupa la cuarta posición con una supervivencia media de 83,7 años, sólo por detrás de Madrid (84,6), Navarra (84,3) y Castilla y León (84)⁹.

Este incremento en la longevidad no se ha acompañado de un aumento de inversión sanitaria, resultando en déficit de recursos¹⁰. Tras la recuperación de la crisis económica de 2008 no se ha recobrado la inversión sanitaria previa. Adicionalmente, en contra de lo recomendado por la OMS, las medidas de austeridad tomadas influyeron principalmente en la AP y, al no haber sido revertidas, han ocasionado un importante deterioro.

Por un lado, han afectado a los pacientes en cuanto a la accesibilidad o calidad de asistencia, especialmente a personas con enfermedades crónicas, discapacidad, problemas de salud mental o con pluripatología. Por otro, al personal sanitario, en relación a sus condiciones laborales, salarios y en consecuencia a la satisfacción laboral. Finalmente resulta en un riesgo del derecho a la salud¹⁰.

A todo esto, debe añadirse la repercusión de la pandemia covid, especialmente en la AP, dejando en evidencia no solo las carencias como puerta de entrada y centro del sistema sanitario, sus déficits globales. Así, los MAP no han podido desempeñar sus funciones debidamente como consecuencia de la saturación, predominio de la atención no presencial (telefónica), y relegación de patologías y actividades no consideradas prioritarias en el momento, como las enfermedades crónicas y actividades de prevención. Todo ello, probablemente ha conllevado a un empeoramiento en la satisfacción laboral en los MAP.

Las organizaciones sanitarias han considerado la satisfacción de sus usuarios, pero menos la de los profesionales que trabajan en ellas. Osakidetza realiza periódicamente encuestas corporativas de satisfacción de sus trabajadores; los últimos resultados encontrados son referidos a 2018 (documento interno). No hemos encontrado informes referidos específicamente al colectivo de MAP. En los dos últimos años, el Diario Digital Español - Redacción Médica ha publicado varios artículos relacionados con distintos factores que causan descontento entre los profesionales sanitarios de la AP coincidente con la pandemia covid, relacionados con el burnout o la sobrecarga laboral¹¹⁻¹³, absentismo laboral¹⁴, afectando especialmente a aquellos profesionales con menos experiencia laboral¹⁵ y mujeres¹⁶.

Como acción previa al diseño del Trabajo de Fin de Grado (TFG) sobre la situación actual de satisfacción laboral en AP y determinar la influencia de diversos factores, se realizó una revisión sistemática, no encontrando ninguna publicación actual española. Por contra, varias instituciones sanitarias como el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) o la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), insisten en el tema y han querido escuchar a los profesionales para conocer su situación personal y su opinión sobre el funcionamiento del primer nivel asistencial, que sirva para tomar las decisiones necesarias para un cambio en el sistema que garantice su eficacia¹⁷.

El objetivo de estudio (TFG) fue determinar, a través de encuesta, el grado y comparación de la satisfacción laboral de los MAP del sector público (Osakidetza) y privado en la CAPV, así como los factores generales y laborales que influyen en la misma, e influencia en el planteamiento personal de perspectiva laboral.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta online, de noviembre 2022 a enero 2023, Figura 1.

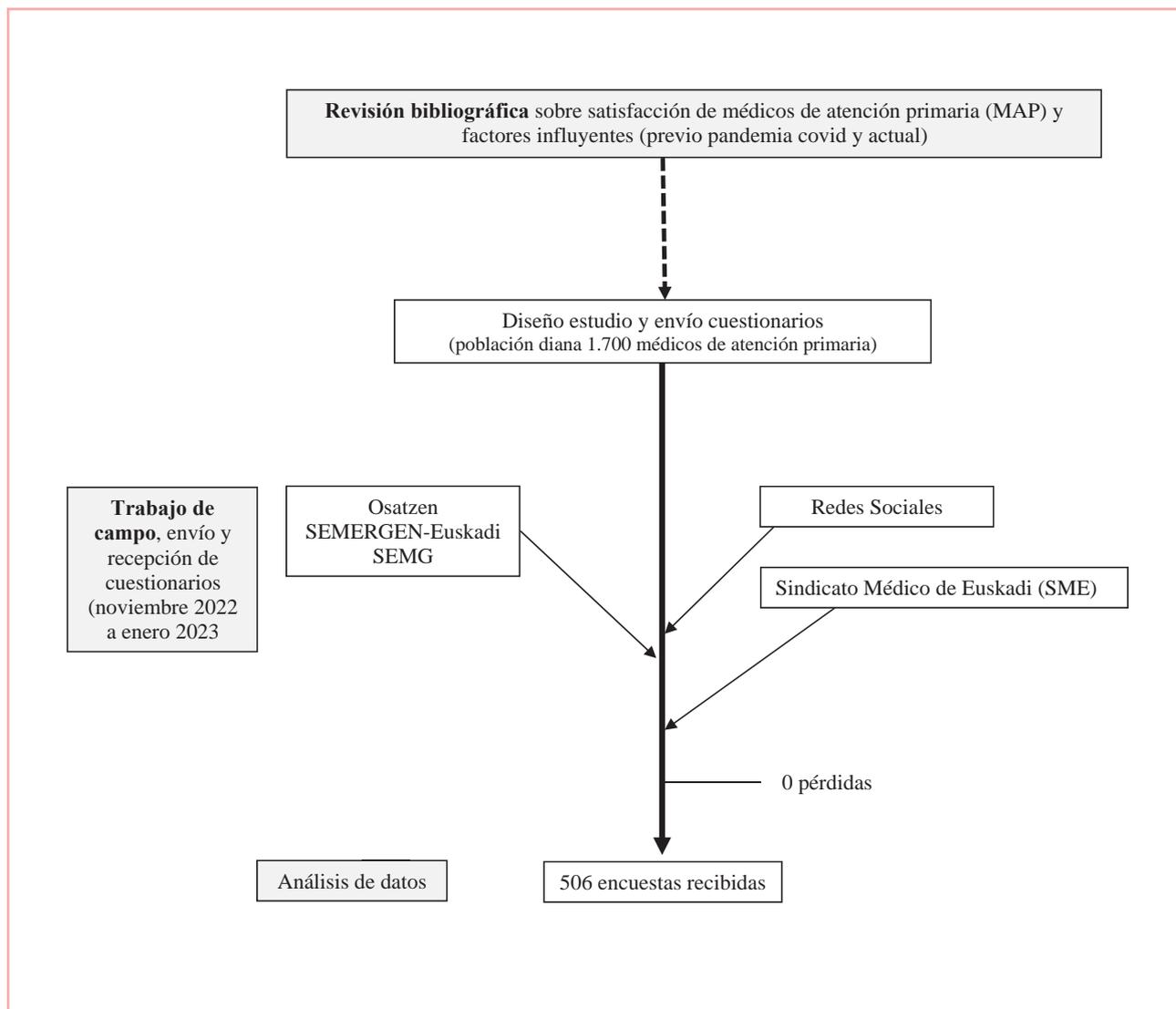


Figura 1. Diseño de estudio.

La asistencia sanitaria en la CAPV se provee, principalmente, a través de Osakidetza coexistiendo con una serie de aseguradoras privadas. Osakidetza se estructura con un sistema de organizaciones integradas (OSI), que integra la AP y asistencia hospitalaria, existiendo también una red de Salud Mental. Por su parte, la sanidad privada, además de prestar sus servicios de forma autónoma, también ofrece servicios a Osakidetza mediante concertos asistenciales. Son principales aseguradoras privadas en la CAPV el Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) –principal-, Quirón Salud o Sanitas, que cuentan con diversos hospitales, clínicas, consultas externas, centros médicos multidisciplinares o consultas particulares.

Se consideró el total de médicos en activo de AP de la CAPV con asistencia directa (centros de salud, consultas, o urgencias de AP), tanto en Osakidetza como del ámbito privado.

Se excluyeron los que trabajaban en otra comunidad autónoma, los que no tenían tarea asistencial durante el periodo de encuesta (incapacidad temporal, exceden-

cias, jubilación, tareas de gestión etc.), o que trabajaban en áreas o servicios hospitalarios (hospitalización a domicilio, unidad de paliativos, o emergencias extrahospitalarias).

Teniendo en cuenta 1.700 médicos de familia con trabajo asistencial en AP en Euskadi, el número de variables que recoge el cuestionario y considerando la heterogeneidad más desfavorable (50%), con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%, se estimó una muestra necesaria de 314 encuestas.

Se fueron mandando las encuestas progresivamente al inicio del trabajo de campo, según la estrategia determinada y empleando, por tanto, un muestreo de conveniencia, recibéndolas también progresivamente, marcando un periodo temporal que sobrepasara el número estimado necesario (al menos 314 encuestas), intensificando la tasa de contestación según fuera necesario.

El envío de encuestas se apoyó en la colaboración de las tres Sociedades de MAP del País Vasco: Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (OSATZEN),

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en el País Vasco (SEMERGEN-Euskadi) o la federada vasca de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), así como en el Sindicato Médico de Euskadi (SME), las Unidades Docentes Multiprofesionales de MFyC, y en las redes sociales.

Los cuestionarios se recibieron de forma anónima, contando el proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación con medicamentos de Euskadi (CEIm-E). Todos los encuestados recibieron la información correspondiente en un texto incluido en el propio cuestionario, antes de proceder a rellenarlo. Además, dicho texto incluía un consentimiento informado (CI), a pesar de que contestar y remitir la encuesta ya llevaba implícito la aceptación a participar.

Las variables de estudio fueron:

Variables generales y sociodemográficas. Género, tiempo trabajado, emplazamiento del lugar de trabajo (rural/urbano) y sector laboral (público/privado). Y satisfacción global.

Factores laborales asociados con la satisfacción/insatisfacción; variables principales del estudio. Se agruparon en cuatro temáticas: factores relacionados con el modelo asistencial, con la institución donde trabajan y su gestión organizativa, con las características de desempeño asistencial y con aspectos profesionales personales.

Actitud hacia la propia profesión y trabajo, relativas a la elección de la especialidad y carrera universitaria y perspectiva laboral intencional en el pasado y futuro. Se empleó una escala de Likert de 4 puntos, donde 1 era "mucha insatisfacción", 2 "insatisfacción", 3 "satisfacción", y 4 "mucha satisfacción".

Se realizó un análisis univariante y comparativo (sector público y/o privado) y de asociación de variables; con inferencia estadística (IC95%) de las variables consideradas más relevantes.

Para el análisis univariante se emplearon frecuencias y porcentajes, valorando la asociación de variables cualitativas con la Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher; las variables cuantitativas se describieron con la media (\bar{x}) y desviación estándar (DE), o mediana y recorrido intercuartílico (RIC), valorando la asociación de las mismas mediante la t-Student o U de Mann Whitney como no paramétrica.

El resultado de los ítems también se categorizó como variable dicotómica, considerando satisfacción (Likert 3-4) o insatisfacción (Likert 1-2); y aunque el resultado de la escala de Likert supone una variable ordinal, se añadió en su análisis la \bar{x} para tener una mayor capacidad de discriminación entre ellas. Finalmente, se realizó un análisis multivariante (regresión logística), considerando como variable dependiente el ítem de insatisfacción global (1-2 en la escala Likert) y como independientes las variables generales que se asociaban significativamente con la misma.

Los datos de la encuesta se descargaron desde "google formularios" (donde se creó, se alojaba y distribuía) a

un Excel y desde allí a la base de datos IBM-SPSS donde se analizaron. Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05.

Resultados

Se recibieron un total de 506 encuestas, sin casos perdidos, en las cuales el 63,0% (IC95% 58,8-67,2) de los encuestados calificaron su situación laboral actual de forma global de insatisfacción (1-2 en la escala de Likert), mediana 2, RIC 2-3. El 18% puntuó con 1 en la escala de Likert, 45,1% con 2, 32,7% un 3 y el 4,2% con 4. Un 68,3% fueron de médicos de Bizkaia, 20,0% de Gipuzkoa y 11,7% de Araba.

La Tabla I recoge la distribución de variables generales y la asociación con la satisfacción global codificada (en insatisfacción: 1-2 en la escala de Likert / satisfacción: 3-4).

La Tabla II muestra el análisis de regresión logística de la asociación de las variables generales con la insatisfacción global (variable dependiente).

En el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa entre insatisfacción global y el tiempo de trabajo, sector público/privado y ámbito rural/urbano; corroborado por el análisis multivariante. Los que calificaron su satisfacción laboral global con mejor puntuación (3-4) fueron los residentes de MFyC (un 65,5% del total puntuaron 3-4), seguidos por aquellos que llevaban >30 años ejerciendo (39,7% de ellos).

Los profesionales que calificaron su satisfacción laboral global como insatisfacción (1-2) fueron los que llevaban entre 10 y 30 años trabajando (75,1%), presentando una odds ratio (OR) de 6,2 (IC95% 3,5-10,8) respecto a los residentes de MFyC, seguidos de los que llevaban ejerciendo <10 años (63,0%).

Los médicos que trabajaban en Osakidetza y el sector privado simultáneamente eran los que mayor insatisfacción presentaron (71,4% de ellos), seguidos de los que trabajaban solo en Osakidetza (64,4%), con OR de 5 respecto a los de la privada; frente a un 32,1% si trabajaban solo en el sector privado. Los profesionales del ámbito urbano presentaron mayor insatisfacción (65,6%), que los del medio rural o ambos medios, si bien es cierto que todos mostraron insatisfacción global.

La Tabla III recoge la puntuación global de los diferentes factores de satisfacción/insatisfacción, y la asociación de cada factor con la satisfacción/insatisfacción global.

La Tabla IV sintetiza la comparación en la puntuación de los factores según sean médicos que trabajan exclusivamente en la sanidad pública (Osakidetza) o en la privada. Se resaltan en la tabla aquellos factores que siendo de satisfacción en la privada, son de insatisfacción en la pública; con diferencia estadísticamente significativa: tiempo disponible por paciente, volumen de pacientes/carga de trabajo, participación en la gestión de su trabajo, conciliación familiar, seguridad frente a los pacientes (agresiones, peligrosidad...), y factores personales individuales (afectivos, autoestima, confianza, manejo de situaciones estresantes...).

Tabla I
Distribución de variables generales y su asociación con la satisfacción global codificada.

	n (%)	Satisfacción (3-4 puntos) n (%)	Insatisfacción (1-2 puntos) n (%)	P ¹
Sexo				
Mujer	360 (71,1)	125 (34,7)	235 (65,3)	0.249
Hombre	143 (28,3)	61 (42,7)	82 (57,3)	
Prefiero no responder	3 (0,6)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Años ejerciendo				
Residente MFyC ²	84 (16,6)	55 (65,5)	29 (34,5)	<0.001
<10 años	81 (16,0)	30 (37,0)	51 (63,0)	
10-30 años	225 (44,5)	56 (24,9)	169 (75,1)	
>30 años	116 (22,9)	46 (39,7)	70 (60,3)	
Sector de trabajo				
Sanidad pública (Osakidetza)	450 (89,0)	160 (35,6)	290 (64,4)	0.002
Sanidad privada	28 (5,5)	19 (67,9)	9 (32,1)	
Ambas (pública y privada)	28 (5,5)	8 (28,6)	20 (71,4)	
Ámbito de trabajo				
Urbano	384 (75,9)	132 (34,4)	252 (65,6)	0.041
Rural	50 (9,9)	19 (38,0)	31 (62,0)	
Ambos (urbano y rural)	72 (14,2)	36 (50,0)	36 (50,0)	

¹ Chi-cuadrado de Pearson.

² Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

En cuanto a la actitud e intencionalidad de sus perspectivas laborales, 177 médicos (35%) contestaron que habrían elegido otra especialidad considerando su situación laboral actual, 139 (27,5%) que habría estudiado otra carrera, 121 (23,9%) que en algún momento antes de la pandemia habían pensado dejar o cambiar su trabajo, y 311 (61,5%) asentían a la posibilidad de querer dejar o cambiar su trabajo en los próximos cinco años si la situación laboral continuaba similar; encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre esto último y la insatisfacción global y con ser residente de MFyC o llevar <10 años trabajando, Tabla V.

Discusión

Este estudio aporta de primera mano y de forma robusta (elevado porcentaje de respuestas respecto a la población de referencia), la situación de satisfacción/insatisfacción laboral y factores influyentes de los MAP de la CAPV en el periodo actual, posterior a la influencia y repercusión organizativa derivadas de la pandemia covid. De forma original y novedosa, considera no solo a los médicos que trabajan en el sistema público de salud

(Osakidetza) sino también a los del sector privado, comparando también ambos sectores. Con un carácter constructivo, se centra en los factores más relacionados con la satisfacción/insatisfacción, sobre la mayoría de los cuales se puede intervenir o modificar. Aunque también describe la percepción actual que, aun no siendo positiva, refuerza la importancia de considerar las pistas de acción y corrección que aporta el estudio. Mejorar la situación y satisfacción laboral repercutirá finalmente en una mejora de la atención que se presta en este nivel asistencial.

La satisfacción laboral de los MAP de la CAPV se puntúa con una media de 2,23, lo que corresponde a insatisfacción según la escala de Likert de 1 a 4 puntos, por debajo a los datos encontrados en la bibliografía anterior a la pandemia covid, donde otros autores obtenían resultados de 3,41±0,68,¹⁸ 3,26±0,68,¹⁹ y 3,19,²⁰ aunque valorado con una escala de Likert de 5 puntos. También en la encuesta corporativa de satisfacción de Osakidetza 2018, el total de médicos puntuaba la satisfacción global con 6,5 sobre 10 puntos, y misma puntuación para los profesionales de AP. Estos peores datos

Tabla II
Asociación (regresión logística) de variables generales con la insatisfacción global (Likert 1-2).

Variables	OR (IC 95%)	p valor
Años ejerciendo		
Residentes de Medicina de Familia	Ref.	-
<10 años	3,19 (1,68-6,07)	<0,001
10-30 años	6,20 (3,55-10,81)	<0,001
>30 años	3,91 (2,10-7,26)	<0,001
Sector de trabajo		
Privado	Ref.	
Público (Osakidetza)	4,98 (2,10-11,79)	<0,001
Ambos	5,23 (1,62-16,86)	0,006
Ámbito de trabajo		
ambos (rural y urbano)	Ref.	
urbano	1,84 (1,07-3,17)	0,028
rural	1,24 (0,56-2,72)	0,594
AUC (IC 95%)	0,689 (0,640-0,737)	

Ref.: Grupo de referencia.

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; AUC = Área bajo la curva ROC.

probablemente estén influidos por la repercusión negativa asistencial y emocional sobre los profesionales que la pandemia covid ha tenido.

Entre los MAP que califican su situación laboral global de insatisfacción, hay un porcentaje ligeramente superior de mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas, congruente con un estudio estadounidense que concluye que no se puede relacionar el burnout con el sexo;²¹ En nuestro estudio, los residentes de MFyC se encuentran entre los más satisfechos, contrariamente a otras publicaciones que los asocian, junto a los de mayor tiempo trabajado (mayor edad), índices de mayor satisfacción^{14, 16, 22}. El hecho de que los más insatisfechos sean los trabajadores que llevan <30 años trabajando puede estar relacionado con una mayor inestabilidad laboral, con contratos temporales de muy corta duración, como describen otros estudios;^{20, 22} y haber coincidido su ejercicio profesional con las crisis económicas de 2008 y actual, así como con varias alertas sanitarias (ébola, gripe aviar, covid).

Aunque el porcentaje de trabajadores del sector privado que respondió la encuesta es muy inferior al de Osakidetza, estos últimos presentan mayor insatisfacción de forma significativa. Podría reflejar diferencias en aspectos organizativos, de gestión y participación, siendo este dato muy positivo por cuando permiten comparar sus efectos en la percepción de satisfacción entre sus MAP. Resultados similares se encontraron en

una encuesta realizada en Malasia que comparaba el sector público con el privado,²³ siendo las tareas administrativas el factor que mayor insatisfacción causaba entre los MAP del sector público, al igual que entre los MAP de Osakidetza.

Los trabajadores del ámbito rural están más satisfechos que los del urbano, refrendado por otros estudios²³. Puede estar condicionado por una menor presión asistencial (factor de los que más influencia tienen en la satisfacción), y por poder desarrollar en este ámbito un perfil profesional más identificado con el del médico de familia, que incluye no solo la actividad asistencial sino también la de prevención, y atención familiar y comunitaria. Solo se han encontrado dos estudios que valoraban el ámbito rural, realizados en China por lo que son extrapolables con bastantes reservas;^{19, 24} uno analizaba la asociación entre satisfacción laboral y salario, reconocimiento por parte de su institución y por los propios pacientes, y la organización personal del trabajo, factores con influencia negativa en nuestro estudio;¹⁹ el segundo únicamente analizaba factores relacionados con la insatisfacción²⁴.

Los factores más influyentes con respecto a la insatisfacción global son los relacionados con el modelo asistencial, más concretamente la sobrecarga laboral, tiempo por paciente y realización de tareas administrativas, y con la institución donde trabajan y su gestión organizativa, especialmente el reconocimiento de los

Tabla III

Puntuación global en los diferentes factores considerados, y asociación de cada factor con la satisfacción (Likert 3-4) / insatisfacción (1-2) global.

Factores asociados a satisfacción

Factor	Mediana	RIC¹	Media	P²
Relación con la enfermera	3	3-4	3,3	0.005
Compañeros de trabajo/ ambiente laboral	3	3-4	3,21	<0.001
Relación médico-pacientes	3	3-3	3,08	<0.001
Espacio de trabajo (consulta, material...)	3	2-3	2,58	<0.001
Factores relacionados con la profesión médica (situaciones de dolor, muerte, enfermedad...)	3	2-3	2,47	0.001

Factores asociados a insatisfacción

Tareas administrativas	1	1-2	1,45	<0.001
Reconocimiento personal por su institución	1	1-2	1,52	<0.001
Gestión de la empresa donde trabaja	1	1-2	1,53	<0.001
Tiempo disponible que hay para ver a cada paciente	1	1-2	1,59	<0.001
Mecanismos y estrategias de evaluación con las que se evalúa su actividad asistencial	1	1-2	1,6	<0.001
Volumen de pacientes/ carga de trabajo	2	1-2	1,71	<0.001
Posibilidad de realizar tareas extra-asistenciales (docencia o investigación)	2	1-2	1,81	<0.001
Posibilidad de realizar actividades de formación continuada por parte de su empresa o por su cuenta	2	1-2	1,92	<0.001
Opción de ascenso o promoción	2	1-2	1,94	<0.001
Demandas/ exigencias por parte del paciente	2	1-2	1,98	<0.001
Participación en la gestión de su trabajo	2	1-2,25	1,99	<0.001
Gestión de la pandemia que se ha realizado en su centro de trabajo/ por parte de su institución	2	1-3	2,04	<0.001
Conciliación familiar	2	1-3	2,2	<0.001
Seguridad frente a los pacientes (agresiones, peligrosidad...)	2	2-3	2,42	<0.001
Sueldo	2	2-3	2,44	<0.001
Flexibilidad para disfrutar vacaciones y permisos	2	2-3	2,44	<0.001
Factores personales individuales (factores afectivos, autoestima, confianza, manejo de situaciones estresantes...)	2	2-3	2,44	<0.001

1 RIC: recorrido intercuartílico

2 Asociación de cada factor con la satisfacción global codificada (1-2 insatisfacción; 3-4 satisfacción); a través de Prueba de Mann-Whitney.

profesionales por parte de la institución, evaluación de su desempeño asistencial y la ausencia de participación en la gestión; en coincidencia con lo publicado^{18, 20, 23, 24-28}.

Por el contrario, los más relacionados con la satisfacción son los que dependen de los propios profesionales (compañeros de trabajo/ambiente laboral, relación con

Tabla IV

Diferencia y comparación en la puntuación de factores según sean médicos que trabajan exclusivamente en Osakidetza o en la sanidad privada (se excluyen los que trabajan en ambas simultáneamente). Y asociación de cada factor con la satisfacción (Likert 2-4) o insatisfacción (Likert 1-2).

	Médicos que trabajan exclusivamente en Osakidetza			Solo en privada			
Factores de satisfacción	Mediana	RIC¹	Media	Mediana	RIC	Media	P²
Relación con la enfermera	3	3-4	3,3	3	3-4	3,19	0.527
Compañeros de trabajo/ ambiente laboral	3	3-4	3,2	3	3-4	3,25	0.867
Relación médico-pacientes	3	3-3	3,08	3	3-4	3,21	0.328
Espacio de trabajo (consulta, material...)	3	2-3	2,57	3	3-3	2,96	0.014
Factores relacionados con la profesión médica (situaciones de dolor, muerte, enfermedad...)	3	2-3	2,49	2,5	2-3	2,39	0.564
Factores de insatisfacción							
Tareas administrativas	1	1-2	1,44	2	1-2	1,57	0.092
Reconocimiento personal por su institución	1	1-2	1,48	2	1-3	2,07	0.001
Gestión de la empresa donde trabaja	1	1-2	1,48	2	1-3	2,21	<0.001
Tiempo disponible que hay para ver a cada paciente	1	1-2	1,52	3	2-3	2,68	<0.001
Mecanismos y estrategias de evaluación con las que se evalúa su actividad asistencial	1	1-2	1,56	2	2-3	2,21	<0.001
Volumen de pacientes/ carga de trabajo	2	1-2	1,66	3	2-3	2,43	<0.001
Posibilidad de realizar tareas extra-asistenciales (docencia o investigación)	2	1-2	1,82	2	1-2	1,82	0.720
Posibilidad de realizar actividades de formación continuada por parte de su empresa o por su cuenta	2	1-2	1,9	2	1-3	2,14	0.239
Opción de ascenso o promoción	2	1-2	1,96	2	1-2	1,93	0.804
Participación en la gestión de su trabajo	2	1-2	1,97	3	2-3	2,68	<0.001
Demandas/ exigencias por parte del paciente	2	1-2	1,98	2	2-2	2	0.970
Gestión de la pandemia que se ha realizado en su centro de trabajo/ por parte de su institución	2	1-3	2,03	2	2-3	2,29	0.163

Conciliación familiar	2	1-3	2,19	3	2-3	2,5	0.064
Seguridad frente a los pacientes (agresiones, peligrosidad...)	2	2-3	2,4	3	2-3	2,64	0.183
Factores personales individuales (factores afectivos, autoestima, confianza, manejo de situaciones estresantes...)	2	2-3	2,42	3	2-3	2,71	0.043
Flexibilidad para disfrutar vacaciones y permisos	2	2-3	2,46	2,5	1-3	2,39	0.767
Sueldo	2	2-3	2,47	2	2-3	2,14	0.059

Se resaltan en la tabla aquellos factores que siendo de satisfacción en la privada, son de insatisfacción en la pública, así como los resultados estadísticamente significativos.

¹ RIC: recorrido intercuartílico.

² Prueba de U Mann-Whitney.

Tabla V

Asociación (regresión logística) de variables y satisfacción global con el planteamiento de dejar o cambiar de trabajo en 5 años si la situación laboral continúa igual.

Variables	OR (IC95%)	p valor
Años ejerciendo		
>30 años	Ref.	-
Residentes de Medicina de Familia	2,20 (1,18 – 4,12)	0.014
<10 años	2,43 (1,26 – 4,67)	0.008
10-30 años	1,05 (0,65 – 1,17)	0.837
Satisfacción (Likert 3-4) /insatisfacción (1-2)		
Satisfacción	Ref.	
Insatisfacción	4.77 (3,14-7,25)	<0.001
AUC (IC 95%)	0.698 (0.652-0.744)	

Ref.: Grupo de referencia.

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; AUC = Área bajo la curva ROC.

la enfermera, relación médico-paciente, relacionados con el desempeño profesional –afrontar dolor, muerte, enfermedad-), coincidiendo con la literatura^{19, 29}. En la encuesta corporativa de satisfacción de Osakidetza 2018, los aspectos con más baja puntuación según el total de facultativos médicos de la institución fueron: integración, liderazgo en organización, formación y comunicación interna; los mejores puntuados: ambiente de trabajo, liderazgo en unidad, seguridad y salud laboral, y condiciones laborales. Los factores que se priorizan para mejorar en esta encuesta son: formación, retribución, progresión y mejora profesional, condiciones laborales, y ambiente de trabajo.

Hay factores de insatisfacción laboral en Osakidetza que, por el contrario, son considerados de

satisfacción entre los trabajadores de la sanidad privada, que dependen fundamentalmente del modelo asistencial (tiempo disponible para ver a cada paciente, volumen de pacientes/carga de trabajo y seguridad frente a los pacientes), y de la institución en la que trabajan y su gestión (participación en la gestión de su trabajo); así como del propio profesional (factores afectivos, autoestima, confianza o manejo de situaciones estresantes), estos últimos menos modificables.

Esto es de gran importancia ya que indica su maleabilidad y potencialidad de cambio, evidenciando cómo la satisfacción laboral de los MAP de Osakidetza podría mejorar estableciendo cambios factibles en el modelo asistencial y/o su gestión.

A pesar de que la mayoría de los encuestados no habría elegido estudiar otra carrera ni habría elegido otra especialidad (lo cual podría indicarnos que los MAP encuestados tienen mayoritariamente vocación por su profesión), llama la atención cómo anteriormente a la pandemia sólo un 24% de los profesionales se planteó dejar o cambiar de trabajo en algún momento, mientras que a día de hoy lo plantean esta intención más de la mitad, siendo estos últimos más mujeres, profesionales que llevan ejerciendo menos de 10 años y trabajadores de Osakidetza respecto de los de la privada; coincide con lo publicado por Redacción Médica^{13,14}. Se puede reafirmar, por tanto, que el elevado nivel de insatisfacción laboral se asocia con una alta consideración o planteamiento de dejar su trabajo si la situación no cambia^{19,20,24,25,28,30}. No obstante, es posible que la contestación a esta pregunta haya sido un poco impulsiva por el estado emocional que impregna la situación actual que se está viviendo.

Los estudios publicados al respecto, aunque ninguno en nuestro medio, concluyen que los factores que más influyen en esta decisión son la sobrecarga laboral, el salario, un bajo nivel de autonomía en el trabajo o el burnout/agotamiento mental^{18,20,23,24,26,27}.

El que el estudio esté circunscrito a la CAPV puede suponer una limitación para extrapolar sus resultados a otras organizaciones sanitarias de España o de otros países. Sin embargo, es sabido que los problemas de escasez de profesionales y descontento general profesional y con la situación de la AP es un problema general global. Por otro lado, la comparativa que se ha realizado con los resultados obtenidos en el periodo anterior a la pandemia covid, se ha realizado con estudios fundamentalmente de Asia y Estados Unidos, sistemas sanitarios muy diferentes al nuestro. A pesar de ello, los resultados son bastantes coincidentes.

El escaso volumen de encuestas obtenidas del sector privado hace que tengamos que tomar con precaución los resultados referentes a este sector. Aunque, a pesar de ello, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en gran parte de su comparación con el sector público.

Haber empleado una escala de Likert de 4 puntos en lugar de 5 (más estándar) ha hecho que al contestar hubiera que posicionarse hacia la satisfacción (3-4) o insatisfacción (1-2). Esto fue intencionado y beneficio para la estrategia de análisis que nos habíamos planteado, aunque habría que tener en cuenta que suprimir el estado intermedio de opinión (3 en un Likert de 5 puntos) hace que se pierda la "indiferencia" o neutralidad hacia un determinado ítem (por ej. la satisfacción laboral global), lo que puede haber sobredimensionado el resultado hacia uno u otro lado.

Como ya se menciona anteriormente, la satisfacción laboral es uno de los indicadores clave del SNS y los profesionales sanitarios son un pilar fundamental de este, especialmente los MAP, por comprender el primer nivel asistencial. Los datos recogidos en relación a ello, alertan del gran riesgo al que está sometido el sistema

sanitario en general y de la CAPV en particular, con un panorama próximo de empeoramiento, especialmente de la escasez de profesionales, si no se toman medidas correctoras. Medidas que, por otro lado, el estudio demuestra que son factibles y probablemente efectivas; centradas fundamentalmente en el mantenimiento y potenciación de los factores más relacionados con la satisfacción, y en la corrección de aquellos más relacionados con la insatisfacción, especialmente los que han demostrado maleabilidad y potencialidad de cambio (que son de satisfacción en el sector privado).

Sería interesante realizar estudios similares en el resto del país o que consideren varias comunidades autónomas simultáneamente, para dar una mayor representatividad y validez externa a los resultados que se obtuvieran, y en la definición de estrategias generales de mejora de la AP. También que exploren las características del sector privado con más potencia.

Declaraciones de autoría

STS concibió el estudio y realizó la revisión bibliográfica, como parte también de su TFG, previa al diseño de este. Ha participado en todas las fases del estudio, tomando una parte principal en su diseño y aspectos metodológicos, trabajo de campo y recogida de datos, discusión y conclusiones; así como su difusión en el Congreso de Residentes, Jóvenes Médicos, Tutores y Unidades Docentes, de la semFYC 2023, y la presentación del TFG en la UPV/EHU. Ha participado y aprobado el manuscrito para su publicación.

IML ha participado en todas las fases del estudio, principalmente en el asesoramiento y supervisión del propio TFG, y en el análisis, síntesis e interpretación de resultados, así como en la elaboración del artículo (aprobando también el manuscrito para su publicación).

Financiación

Sin financiación.

Agradecimientos

A los médicos de atención primaria participantes, por responder la encuesta con implicación y de forma desinteresada; a las sociedades científicas de medicina de atención primaria -Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (OSATZEN), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en el País Vasco (SEMergen-Euskadi) y la federada vasca de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)-, a las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), y al Sindicato Médico de Euskadi (SME), por su colaboración en la difusión activa del cuestionario.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses; aunque ambos trabajan para Osakidetza, el envío a todos los médicos de la Comunidad Autónoma Vasca de forma

no selectiva y análisis de datos objetivo y estructurado, además de constructivo, evitan cualquier tipo de imparcialidad.

Conclusiones

Este estudio ofrece de forma novedosa una comparativa entre el sector público y privado y periodo pre y postpandemia, en relación a la satisfacción laboral de los MAP de la CAPV. Sus resultados son robustos en su ámbito concreto, por haber recibido encuestas de un 30% del total de la población diana.

La mayoría de los MAP de la CAPV presentan insatisfacción en la actualidad con la situación laboral, mayor que en el periodo prepandemia covid, y en los profesionales del sector público (Osakidetza) respecto al privado. Esto influye en el elevado porcentaje de profesionales que muestran una potencial intencionalidad de dejar o cambiar de trabajo si la situación no cambia.

Se ofrece un potencial de mejora en la situación, identificando factores laborales que habría que mantener y potenciar por su mayor relación con la satisfacción (relación médico-paciente, con la enfermera, o con los compañeros/ambiente laboral, espacio y material de consulta), y modificando aquellos más relacionados con la insatisfacción (tiempo disponible por paciente, burocracia/tareas administrativas, falta de reconocimiento personal por la institución y gestión de la organización), especialmente aquellos que demuestran mayor maleabilidad (tiempo por paciente, volumen/carga de trabajo, seguridad, o participación en la gestión).

Bibliografía

- World Health Organization WHO). Primary health care. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1.
- The Pan-American Health Organization. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
- Global Conference on Primary Health Care, Astana 2018. Disponible en: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference>.
- Asamblea Mundial de la Salud (WHA). WHA 72-3. Prestación de atención primaria de salud por agentes de salud comunitarios: oportunidades y desafíos. Punto 11.5 del orden del día. 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R3-sp.pdf.
- Ministerio de Sanidad. Número de profesionales de la medicina que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de urgencias y emergencias (112/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma. 2020; Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>.
- EUSTAT. Instituto Vasco de Estadística. La población de la C. A. de Euskadi se reduce en 6.682 personas en 2022 respecto al año anterior. 27/10/2022. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/la-poblacion-de-la-c-a-deeuskadi-se-reduce-en-6682-personas-en-2022-respecto-al-anoanterior/not0020234_c.html.
- Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Sistemas de Información del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores clave del sistema nacional de salud. Fichas técnicas. 2010; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/Fichas_IN-CLASNS.pdf.
- Ministerio de Sanidad. Los sistemas sanitarios en los Países de la Unión Europea. Características e indicadores de salud 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Esperanza de vida a diferentes edades. 2020. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259947308577.
- Amnistía Internacional. La década perdida. Mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018. 2020. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/decada-perdida-sanidad/>.
- Redacción Médica. Los estragos del Covid entre los médicos: más ansiedad, burnout y depresión. 10 de septiembre de 2021 Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/los-estragos-del-covid-entre-los-medicos-mas-ansiedad-burnout-y-depresion-6057>.
- Redacción Médica. Los médicos de familia multiplican por 10 el burnout por culpa del Covid-19. 29 de septiembre de 2021 Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/el-burnout-se-multiplica-por-10-entre-los-medicos-de-familia-con-el-covid-8230>.
- Redacción Médica. El 85% de los sanitarios de AP tiene ansiedad por Covid. 12 de abril de 2021 Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/covid-sanitarios-atencion-primaria-ansiedad-burnout-8189>.
- Redacción Médica. Los sanitarios, la profesión con mayor absentismo laboral de 2022. 31 de julio de 2022. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/los-sanitarios-la-profesion-con-mayor-absentismo-laboral-de-2022-1469>.
- Redacción Médica. Los MIR están tan 'quemados' que el covid no aumentó los casos de burnout. 4 de junio de 2022 Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/los-mir-estan-tan-quemados-que-el-covid-no-aumento-los-casos-de-burnout-1447>.

16. Redacción Médica. Las médicas sufren más estrés y 'burnout' durante el covid que los médicos. 8 de febrero de 2022 Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/las-medicas-sufren-mas-estres-y-burnout-durante-el-covid-que-los-medicos-7569>
17. Organización Médica Colegial de España (OMC). Encuesta sobre la satisfacción de la profesión médica en España (ESPM), 6ª oleada. 2019. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/d7dea1d0-9861-4585-8d97-4c9728a345c0/espm_6a_oleada/4/index.html#zoom=z.
18. Gu J, Zhen T, Song Y, Xu L. Job satisfaction of certified primary care physicians in rural Shandong Province, China: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2019;28;19:75. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3893-8>
19. Zhang Z, Shi G, Li L, Bian Y. Job satisfaction among primary care physicians in western China. *BMC Fam Pract.* 2020;21:219. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01292-w>
20. Maharani C, Afief DF, Weber D, Marx M, Loukanova S. Primary care physicians' satisfaction after health care reform: a cross-sectional study from two cities in Central Java, Indonesia. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:290. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4121-2>
21. Goelz E, Poplauer S, Brown R, Muegge J, Linzer M. Gender differences in clinician satisfaction, stress and burnout. Results from the healthy work place study. *J Gen Int Med.* 2017;32:S198-S199 Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/central/doi/10.1002/central/CN-01362584/full>
22. Wen T, Zhang Y, Wang X, Tang G. Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross-sectional study in Chongqing, China. *Hum Resour Health.* 2018;16:10. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0274-z>
23. Ab Rahman N, Husin M, Dahian K, Mohamad Noh K, Sivasampu S. Job satisfaction of public and private primary care physicians in Malaysia: analysis of findings from QUALICO-PC. *Hum Resour Health.* 2019;17:82. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0410-4>
24. Jin Y, Wang H, Wang D, Yuan B. Job satisfaction of the primary healthcare providers with expanded roles in the context of health service integration in rural China: a cross-sectional mixed methods study. *Hum Resour Health.* 2019;17:70. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0403-3>
25. Li W, Xu A, Lu M, Lin G, Wo T, Xi X. Influence of Primary Health Care Physicians' Perceived Overqualification on Turnover Intention in China. *Qual Manag Health Care.* 2020;29:158-163. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000259>
26. Maharani C, Rahayu SR, Marx M, Loukanova S. The National Health Insurance System of Indonesia and primary care physicians' job satisfaction: a prospective qualitative study. *Fam Pract.* 2022;39:112-124. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab067>
27. Sterling R, Rinne ST, Reddy A, Moldestad M, Kaboli P, Helfrich CD, et al. Identifying and Prioritizing Workplace Climate Predictors of Burnout Among VHA Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* 2022;37:87-94. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07006-x>
28. Long L, Moore D, Robinson S, Sansom A, Ayleard A, Fletcher E, et al. Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research. *BMJ Open.* 2020;10:e029846. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029846>
29. Wang H, Jin Y, Wang D, Zhao S, Sang X, Yuang B. Job satisfaction, burnout, and turnover intention among primary care providers in rural China: results from structural equation modeling. *BMC Fam Pract.* 2020;21:12. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1083-8>
30. Gielissen KA, Taylor EP, Vermette D, Doolittle B. Thriving among Primary Care Physicians: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2021;36:3759-3765. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06883-6>

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2023;120(4):133-137

Tratamiento quirúrgico del Síndrome del Opérculo Torácico. Abordaje supra e infraclavicular

Lara-Quintana Arkaitz^a; Hernando-Rydings Manuel^b, Jiménez-Maestre Unai^c, Bravo-Ruiz Esther^b, Veja-Manrique Reyes^b, Pac-Ferrer Joaquín^c

a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Bilbao, España.

b) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Angiología y Cirugía Vasculosa. Bilbao, España.

c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea – Enkarterri – Cruces. Hospital Universitario Cruces. Servicio de Cirugía Torácica. Barakaldo, España.

Recibido el 20 de febrero de 2023; aceptado el 09 de septiembre de 2023

Resumen:

El Síndrome del Opérculo Torácico es una entidad poco frecuente con múltiples formas de presentación. Las estructuras comprometidas pueden ser nerviosas, venosas y arteriales. El origen escalénico muscular y la presencia de una costilla cervical son las causas más frecuentes.

Presentamos el caso de un varón de 37 años con clínica de dolor, frialdad, parestesias y palidez del miembro superior derecho. El angioTC objetivó estenosis de la arteria subclavia con una costilla cervical, además de defectos de repleción en la arteria humeral. El paciente fue intervenido mediante abordaje supra e infraclavicular que permitió resear la costilla cervical y la primera torácica, así como practicar un bypass subclavio-axilar con vena safena interna. Tras dos años de evolución, el paciente se encuentra asintomático. El abordaje supra e infraclavicular permite un excelente campo para la resección de las costillas, además de facilitar la revascularización sin aumentar las complicaciones.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Síndrome Opérculo Torácico.
Compresión arteria subclavia.
Abordaje supra e infraclavicular.

GILTZA-HITZAK

Toraxeko irteeraren sindromea
Arteria subklabioaren konpresioa
Abordatze supra eta infraklabikularra.

Toraxeko irteeraren sindromearen tratamendu kirurgikoa. Abordatze supra eta infraklabikularra

Helburua:

Toraxeko irteeraren sindromea oso ohikoa ez den entitatea da, eta hainbat aurkezpen mota dauzka. Nerbioak, zainak eta arteriak arriskuan egon daitezke. Kausa ohikoenak muskulu eskalenoak eta saihets-hezur zerbikalak dira.

37 urteko gizon baten kasua aurkeztuko dugu, goiko eskuineko gorputz-adarren min-, hoztasun-, parestesia- eta zurbiltasun-klinika duena. Angio-OT-k saihets-hezur zerbikal batek eragindako arteria subklabioaren estenosisa erakutsi zuen; horrez gain, arteria humeralaren birplezio-akatsak adierazi zituen. Pazienteari interbentzioa proposatu genion, abordatze supra eta infraklabikularra erabiliz. Horri esker, saihets-hezur zerbikalaren eta lehen torazikoaren erresekzioa, baita barruko zain safenaz sortutako bypass subklabio-axilarra egin genion ere. Bi urteko bilakaeraren ondoren, pazienteak sintomarik gabe dago.

Abordatze supra eta infraklabikularrak saihets-hezurren erresekziorako eremu bikaina ahalbidetzen du eta odol-hodien birbaskularizazioa errazten du ere bai, konplikazioak areagotu gabe.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Thoracic outlet syndrome.
Subclavian artery compression.
Supra and infraclavicular approach.

Surgical treatment of thoracic outlet syndrome. Supra and infraclavicular approach.

Abstract:

The Thoracic Outlet Syndrome is a rare entity with multiple presentations. The most frequently involved structures are nervous, venous and arterial. Its origin in the scalene muscle and in the cervical ribs are the most common etiologies.

We present the case of a 37 year-old male reporting pain, coldness, paresthesias and pallor in his upper right limb. The angioCT revealed stenosis of the subclavian artery associated with a cervical rib. In addition, associated repletion defects were also observed in the humeral artery. The patient underwent surgery following a supra and infraclavicular approach to have the cervical and the first thoracic ribs resected, along with a subclavian-axillary internal saphenous vein bypass. Two years later, the patient is asymptomatic.

The supra and infraclavicular approach, allows us to have an excellent intraoperative field to resect the ribs and for revascularization, without increasing the complications.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

El Síndrome del Opérculo Torácico (SOT) es el conjunto de signos y síntomas originados por la compresión extrínseca de alguna de las estructuras del paquete neurovascular (plexo braquial, arteria y vena subclavias) en su descenso desde el foramen intervertebral hasta la extremidad superior y se trata de una de las entidades con mayor controversia en cuanto a su diagnóstico y manejo¹.

Los puntos de compresión más frecuentes son el triángulo interescalénico, el costoclavicular y el espacio subcoracoideo. La clínica varía en función de la estructura afectada, siendo la más frecuente la neurológica (>95%) y la menos común la arterial (<1%)². Cuando la sintomatología acompañante no es importante el manejo es conservador mediante fisioterapia y evitando los movimientos que la provocan. En cuanto al tratamiento quirúrgico, actualmente no existe consenso sobre la

mejor técnica, ni acerca de las ventajas y limitaciones de cada vía de abordaje para minimizar las complicaciones que éste puede tener en cada caso.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 37 años sin antecedentes médicos de interés que acude a Urgencias por clínica de dolor, frialdad, palidez y parestesias en el miembro superior derecho de dos semanas de evolución. En la exploración se observa una oclusión humeral acompañada de frialdad y palidez, con motilidad y sensibilidad estrictamente normales.

El angioTC con maniobras de provocación mostraba una articulación hipertrófica entre una costilla cervical y el arco costal de la primera costilla que condicionaba una estenosis preoclusiva de la arteria subclavia, con una degeneración aneurismática proximal secundaria a la misma. Además, constataba

una oclusión de características embólicas de la arteria humeral que re canalizaba distalmente a través de circulación colateral (Fig.1). El electromiograma preoperatorio no mostró hallazgos patológicos.

Con los resultados de las pruebas complementarias descritas se presentó el caso en sesión clínica multidisciplinaria integrada por los servicios de Cirugía Vascular y Angiología, Cirugía Torácica, y Cirugía Ortopédica y Traumatología. Se optó por la resección de la costilla cervical y la primera torácica junto a la reparación vascular como medida terapéutica (Fig. 2^A).

Durante la preparación del campo quirúrgico se incluyó la extremidad afectada para permitir su movilización y así facilitar la exposición anatómica y objetivar intraoperatoriamente posibles complicaciones. No se consideró necesaria la neuromonitorización por la ausencia de hallazgos patológicos preoperatorios. Se eligió un abordaje supra e infraclavicular ampliado medialmente

para permitir ambos gestos quirúrgicos. Ante la degeneración aneurismática de la arteria subclavia observada, se procedió a la exclusión del mismo mediante la interposición de un bypass subclavio-axilar con vena safena interna invertida. Finalmente, mediante un abordaje braquial se realizó la trombectomía humeral y de vasos distales con catéter de Fogarty extrayendo abundante trombo organizado. Se colocó un drenaje profundo con vacío y se procedió al cierre de la herida por planos con puntos simples reabsorbibles y la piel con ágrafes.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, recuperando el paciente pulsos distales y dándose de alta al 4^º día postoperatorio. La extremidad intervenida se mantuvo inmovilizada con un cabestrillo durante dos semanas hasta la retirada de los ágrafes (Fig. 2^B). Tras dos años de evolución, el paciente se mantiene asintomático sin signos de recidiva desde el punto de vista vascular y neurológico (Fig. 2^C). Las maniobras de provocación son negativas, con índices braquial y distal >1.



Figura 1. Compresión arteria subclavia. Reconstrucción 3D angioTC (sustracción clavícula): muestra la compresión de la arteria subclavia a su paso por el desfiladero torácico.

Discusión y conclusiones

El manejo del SOT resulta técnicamente complejo debido a las múltiples causas subyacentes y las diferentes estructuras que se pueden ver comprometidas.

Cuando se manifiesta con clínica isquémica el tratamiento quirúrgico suele ser necesario^{1,3}.

El abordaje quirúrgico del SOT arterial tiene dos objetivos principales: reseca las estructuras que comprimen la arteria y reparar el daño arterial existente con el fin de garantizar la adecuada perfusión de la extremidad. Para lograr estos objetivos, se han descrito diversas técnicas y abordajes quirúrgicos. La individualización de cada caso no es una excepción en esta patología².

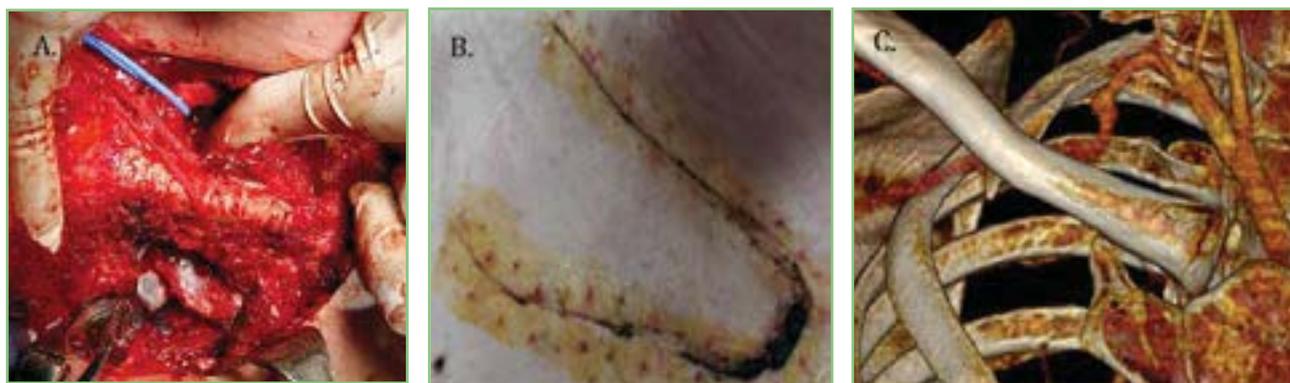


Figura 2. Procedimiento y resultado.

a Exposición intraoperatoria supra e infraclavicular.

b Herida quirúrgica cicatrizada del abordaje supra e infraclavicular.

c Reconstrucción 3D angioTC postoperatorio que muestra la resección de la primera costilla, de la costilla cervical y la permeabilidad del bypass subclavio-axilar.

Ninguna técnica está exenta de riesgos y posibles complicaciones debido a la cercanía de múltiples estructuras sensibles que podrían provocar un desenlace fatal. Hemos de optar siempre por la técnica menos compleja y con menos riesgos tras la valoración individualizada de la clínica, el tiempo de evolución de la misma y las pruebas complementarias de cada paciente⁴. Entre los abordajes más frecuentemente utilizados a lo largo de la historia destacan el abordaje transaxilar, anterior supraclavicular, anterior infraclavicular y posterior⁵; este último ya prácticamente abandonado por su complejidad técnica¹.

La resección vía transaxilar de la primera costilla ha sido la técnica más popular durante muchos años, gracias a la excelente exposición de la primera costilla y a sus ventajas estéticas⁶.

Sin embargo, tiene ciertas desventajas como la visión incompleta del resto de las estructuras del triángulo de los escalenos, el riesgo significativo de lesiones nerviosas y la limitación para la reconstrucción vascular. El abordaje anterior supraclavicular es uno de los más utilizados gracias a su amplia visión de la anatomía implicada en el estrecho torácico, permitiendo realizar escalenectomías, neurólisis del plexo braquial visualizando sus raíces, y resección de la primera costilla y las costillas cervicales^{2,7,8}.

Asimismo, es combinable sin cambiar al paciente de posición con la incisión infraclavicular en aquellos casos que precisen reparación arterial o la resección completa de las costillas implicadas, sobre todo a nivel costoesternal. La incisión infraclavicular también es útil para exponer la porción proximal del paquete subclavio sin necesidad de llevar a cabo una claviclectomía, evitando las secuelas en la funcionalidad del hombro^{6,9}.

Cuando estas dos últimas vías coexisten en el mismo paciente, se suelen diseñar de manera independiente a ambos lados de la clavícula. Más recientemente se ha descrito la resección toracoscópica de la primera cos-

tilla en el SOT, que permite su resección completa de forma segura. Sin embargo, no permite la resección de costillas cervicales ni la reparación vascular sin abordajes adicionales, por lo que no está indicada en estos casos^{10,11}.

En nuestro caso, optamos por la utilización de una variante anterior supra e infraclavicular ampliada con una única incisión curva en la porción más medial que permitió llevar a cabo la resección de ambas costillas, así como la reparación vascular dentro de un mismo campo quirúrgico que exponía todas las estructuras implicadas, evitando la realización de incisiones adicionales.

La ventaja fundamental de este abordaje previamente no descrito es la exposición completa de la clavícula que permite la disección y resección seguras del resto de estructuras óseas implicadas, así como la tunelización más sencilla y segura del injerto vascular. Respecto a realizar dos incisiones independientes (una supra y otra infraclavicular), la que describimos permitiría el control proximal vascular tanto venoso como arterial asociando una hemimanubriotomía o esternomía parcial en caso de ser necesarias ante una emergencia.

El complejo manejo diagnóstico-terapéutico y la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico convencional han llevado a explorar otras opciones quirúrgicas en esta patología. A los ya mencionados, se añaden la combinación de los abordajes transaxilar y supraclavicular, las ventanas adicionales en el espacio infraclavicular lateral para la tenotomía del pectoral menor o la exposición supra e infraclavicular mediante abordaje supraclavicular único¹².

En la literatura revisada no existe superioridad de un abordaje frente a otro en los pacientes sin daño vascular. En el caso de que éste exista, los abordajes anteriores permiten un campo de trabajo más versátil y, desde nuestra experiencia, consideramos que la utilización de una vía ampliada supra e infraclavicular podría

ser útil para aquellas situaciones en las que sea precisa la resección de costillas cervicales y torácicas sumada a la reparación vascular, sin un aumento de la morbilidad quirúrgica.

Declaración autoría

A. Lara es el responsable y autor principal del artículo. M. Hernando, U. Jiménez y E. Bravo contribuyeron con la supervisión y redacción inicial del borrador. J. Pac y R. Vega participaron en la búsqueda bibliográfica. Todos los autores participaron en el tratamiento propuesto, en las correcciones y dieron el visto bueno definitivo al manuscrito.

Financiación

Sin financiación.

Agradecimientos

En este caso me gustaría mostrar un especial agradecimiento a todas aquellas personas que han formado parte de mi proceso formativo en los últimos años, con especial mención al Dr. Hernando y el Dr. Jiménez Maestre por su motivación e impulso final para la redacción de este artículo, así como a mis tutores personales que me han convertido en el profesional de la especialidad con la que soñaba: la Dra. Arrieta, Dr. Miguel y Dr. Martínez Ogalla. Sin olvidarme de la Dra. Yáñez, un apoyo diario siempre presente en mi vida.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Consentimiento informado

Contamos con el consentimiento informado del paciente para la publicación de los datos clínicos presentados en el artículo.

Bibliografía

1. Sidawy A, Perler B. Rutherford's vascular surgery and endovascular therapy. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2022. 1655 p.
2. Henry BM, Vikse J, Sanna B, Tattera D, Gomulska M, Pekala PA, et al. Cervical Rib Prevalence and its Association with Thoracic Outlet Syndrome: A Meta-Analysis of 141 Studies with Surgical Considerations. *World Neurosurg.* 2018;110:965-78.
3. UpToDate. Kaoru Goshima, MD. Overview of Thoracic Outlet Syndromes. [actualizado 23 septiembre 2022; citado 16 febrero 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-thoracic-outlet-syndromes?search=Overview%20of%20Thoracic%20Outlet%20Syndromes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
4. Vemuri C, McLaughlin LN, Abuirqeba AA, Thompson RW. Clinical presentation and management of arterial thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg.* 2017;5:1429-39.
5. Clagett OT. Research and prosearch. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1962;44:153-66.
6. Roos DB. Transaxillary approach for first rib resection to relieve thoracic outlet syndrome. *Ann Surg.* 1966;163:354-58.
7. Sanders RJ, Raymer S. The supraclavicular approach to scalenectomy and firstrib resection: description of technique. *J Vasc Surg.* 1985;2:751-56.
8. Reilly LM, Stoney RJ. Supraclavicular approach for thoracic outlet decompression. *J Vasc Surg.* 1988;8:329-34.
9. Gol A, Patrick DW, McNeel DP. Relief of costoclavicular syndrome by infraclavicular removal of first rib. Technical note. *J Neurosurg.* 1968;28:81-4.
10. George RS, Milton R, Chaudhuri N, Kefaloyannis E, Papagiannopoulos K. Totally Endoscopic (VATS) First Rib Resection for Thoracic Outlet Syndrome. *Ann Thorac Surg.* 2017;103:241-45.
11. Zehnder A, Lutz J, Dorn P, Minervini F, Kestenholz P, Gelpke H, et al. Robotic-Assisted Thoracoscopic Resection of the First Rib for Vascular Thoracic Outlet Syndrome: The New Gold Standard of Treatment? *J Clin Med.* 2021;10:3952.
12. Robicsek F, Eastman D. "Above-under" exposure of the first rib: a modified approach for the treatment of thoracic outlet syndrome. *Ann Vasc Surg.* 1997;11:304-6.

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2023;120(4):138-142

Leishmaniasis visceral, estudio de casos

Momeñe-Rojas Natalia-Ane^a, Pereda-Barroeta Javier^a, Villamandos-Tellaeché Edorta^a, Franco-Vicario Ricardo^a

a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Medicina Interna. Bilbao, España.

Recibido el 18 de enero de 2023; aceptado el 10 de septiembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Leishmaniasis visceral.
Leishmania.
VIH.
Inmunodeficiencia

Resumen:

Antecedentes y objetivo:

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria endémica en zonas tropicales o subtropicales, incluyendo la cuenca mediterránea. La leishmaniasis visceral o Kala Azar es su forma más grave. En nuestro medio la incidencia es baja por la ausencia del vector, pero pueden verse casos en relación con migración generalmente en pacientes inmunodeprimidos y niños. El objetivo de este artículo es realizar una revisión de los casos de leishmaniasis visceral notificados en dos hospitales terciarios de Bizkaia en los últimos años, para así poder correlacionarlos con la situación epidemiológica.

Resultados y conclusiones:

La mayoría de casos notificados fueron pacientes VIH positivos, siendo registrados en mayor proporción antes del año 2000. Es notable que desde la introducción del TARGA en 1997 se produjo un marcado descenso de la casuística. A pesar de ello, es importante sospecharla ante cuadros clínicos compatibles con antecedentes epidemiológicos relevantes. © 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Leishmaniasi sistemikoa.
Leishmania.
GIB.
Inmunitate eskasia

Erraietako leishmaniasia, kasuen azterketa

Aurrekariak eta helburua:

Leishmaniasia eremu tropikaletan edo subtropikaletan, Mediterraneoko arroa barne, endemikoa den gaixotasuna da. Leishmaniasis sistemikoa edo Kala Azar-a da bere forma larriena. Gure ingurunean intzidentzia baxua da bektore falta dela eta, baina migrazioak eragindako kasuak ikusi daitezke, orokorrean haurretan eta inmuno eskasia duten pertsonetan. Artikulu honen helburua, Bizkaiko bi ospitale tertiarioetan azken urteotan izandako Kala Azar kasuak berrikustea da egoera epidemiologikoarekin erlazionatuz.

Emaitzak eta ondorioak:

Aurkitutako kasu gehienak GIB seropositiboak ziren, eta proportzio handiena 2000. urtea baino lehen erregistratu zen. Nabarmena da 1997an HAART ezarri zenetik kasu kopurua era esanguratsuan jaitzi zela. Hala ere, garrantzitsua da gaixotasun hau kontuan izatea klinika susmagarriaren aurrean, batez ere aurrekari epidemiologiko esanguratsua badaude.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Visceral leishmaniasis, case study**Background and objective:**

Leishmaniasis is a parasitic disease endemic in tropical or subtropical areas, including the Mediterranean basin. Visceral Leishmaniasis or Kala Azar is the most serious form. In our area, the incidence is low due to the absence of vectors, but cases can be seen in relation to migration, generally in immunocompromised patients and children. The objective of this article is to review the cases of Visceral Leishmaniasis reported in two tertiary hospitals in Biscay in recent years in order to correlate them with the epidemiological situation.

Results and conclusions:

Most of the reported cases were HIV-positive patients, with a greater proportion being registered before the year 2000. It is notable that since the introduction of HAART in 1997 there has been a marked decrease in the number of cases. Despite this, it is important to suspect it when faced with clinical pictures compatible with relevant epidemiological history.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Visceral Leishmaniasis.
Leishmania.
HIV.
Immunodeficiency.

Introducción

La Leishmaniasis es una enfermedad parasitaria endémica en muchos lugares del mundo con climas tropicales o subtropicales, incluyendo países de la cuenca mediterránea. La leishmaniasis visceral (LV) o Kala Azar es su forma más grave y es causada mayoritariamente por *Leishmania donovani* y *infantum*. En nuestro medio la incidencia es baja por la ausencia del vector, pero pueden verse casos en relación con migración generalmente en pacientes inmunodeprimidos y niños.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión de los casos de LV notificados en dos hospitales terciarios de Bizkaia en los últimos años para así poder correlacionarlos con la situación epidemiológica.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo a partir de los datos de las historias clínicas de los pacientes que fueron reportados como casos de LV entre los años 1992 y 2022 en el Hospital Universitario de Basurto (Bilbao) y el Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo). Además, se revisaron los casos notificados en el Hospital de Basurto en los últimos 30 años.

Resultados

Entre los años 2004 y 2022 en el Hospital Universitario de Basurto y Hospital Universitario de Cruces se han registrado únicamente cuatro casos. Dos de ellos son niños menores de un año de vida, teniendo

uno de ellos antecedentes epidemiológicos de viaje a Marruecos; el otro, antecedentes epidemiológicos desconocidos. El tercero, es un paciente con inmunodepresión celular secundaria a VIH y el cuarto un hombre sano sin inmunodeficiencias que había viajado recientemente al levante español y había estado en contacto con perros.

Además, se revisan los pacientes con Kala Azar durante los últimos 30 años en el Hospital Universitario de Basurto, recopilando un total de 16 casos. De los cuales 15 fueron VIH positivos (la gran mayoría estadio SIDA; otros, estadio B). De estos últimos cuatro fallecieron a consecuencia de la LV y tres de otras complicaciones infecciosas secundaria a la infección por VIH. Un único caso fue descrito como paciente inmunocompetente. De todos los casos registrados el 68,75% datan de antes del año 2000 y el 32,25% restante son posteriores.

Discusión

La Leishmaniasis es una enfermedad parasitaria endémica en muchos lugares del mundo con climas tropicales o subtropicales, incluyendo países de la cuenca mediterránea¹.

En 2017 era endémica en 97 países, causando anualmente hasta un millón de casos y 65.000 muertes en el mundo². Puede ser derivada de al menos 20 especies diferentes de protozoos del género *Leishmania* y se transmite por la picadura de hembras de los géneros *Phlebotomus* (Europa, Asia, África) o *Lutzomyia* (América).

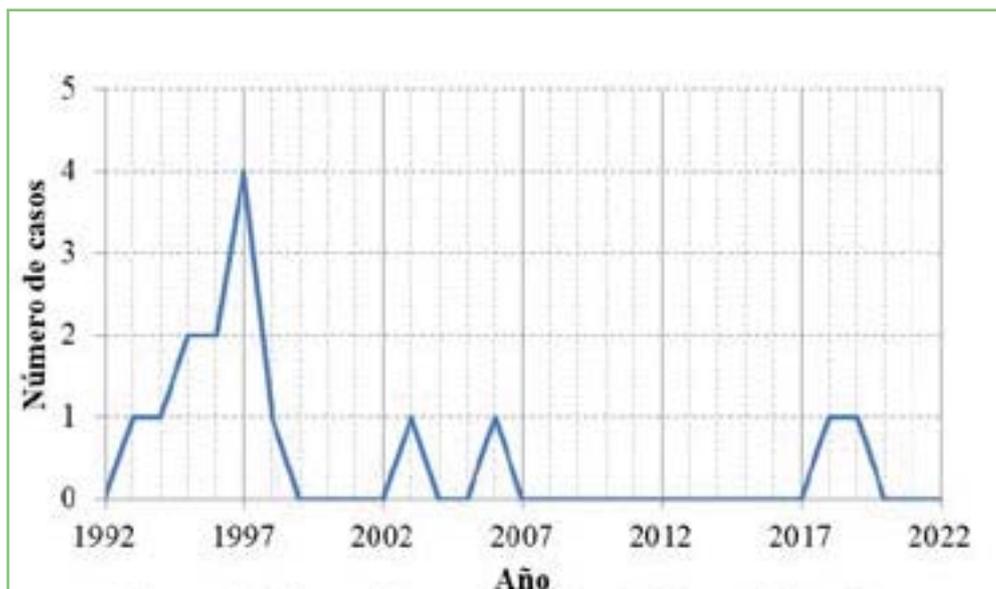


Figura 1. Número de casos por año de LV en el Hospital Universitario Basurto.

El huésped y reservorio son los mamíferos (animal o humano) dependiendo de la especie²⁻³. Hay tres formas principales de enfermedad en humanos: la leishmaniasis cutánea; que es la infección primaria y la forma más común que si no se resuelve puede producir formas diseminadas en piel (leishmaniasis cutánea diseminada o difusa) o más profundas en mucosas (leishmaniasis mucocutánea) o órganos internos (leishmaniasis visceral o Kala Azar), la forma más grave. El periodo de incubación va de una semana a varios meses para la leishmaniosis cutánea y de dos a cuatro meses para la visceral²⁻³.

En España, al igual que en otros países europeos, esta patología es debida principalmente a *L. infantum*, que produce tanto las formas cutáneas como viscerales⁴. El reservorio principal es el perro, aunque pueden ser otros mamíferos como la liebre o los humanos⁴⁻⁵. Los grupos de mayor riesgo suelen ser los niños y las personas inmunodeprimidas. Se ha descrito particularmente la coinfección con VIH como factor de riesgo para la leishmaniasis grave y atípica. Pero desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad TARGA en 1997, se produjo un marcado descenso en el número de enfermos con coinfección⁶.

También se ha descrito en receptores de trasplante de órgano sólido, en los que las recidivas son frecuentes⁷. Los vectores principales en nuestro medio son *Phlebotomus ariasi* y *perniciosus*, que se distribuyen en amplias regiones de la Península Ibérica y Baleares, con menor presencia en la cornisa Cantábrica⁸. En España, se trata de una enfermedad de declaración obligatoria desde 1995. Es estacional en este medio, esto se debe en gran medida al vector, cuyo pico de actividad es entre junio y septiembre, con variaciones según región y factores ambientales⁹.

La enfermedad está presente en prácticamente todo el territorio, aunque el riesgo varía según la región¹⁰. Las tasas más elevadas se observan en la zona del Mediterráneo y algunas regiones del interior, siendo el riesgo menos elevado en el noroeste y Cantábrico y prácticamente nulo en Canarias. Esta distribución, depende de la presencia y densidad del vector, que a su vez va condicionado por factores ambientales¹¹. Según un informe realizado por RENAVE sobre la distribución por comunidades de la leishmaniasis entre 2014 y 2017, Baleares y la Comunidad Valenciana presentaron las mayores tasas; 2,74 y 2,39 por cada 100.000 habitantes respectivamente. La comunidad de Madrid, Castilla la Mancha y Cataluña tuvieron tasas algo menores; 1,46, 0,79 y 0,46 por cada 100.000 habitantes respectivamente. El País Vasco, obtuvo tasas más bajas; 0,02 por cada 100.000 habitantes, similares a otra provincia de la cornisa cantábrica y Canarias¹².

Los síntomas generalmente son subagudos: astenia progresiva, fiebre, pérdida de peso y esplenomegalia (con o sin hepatomegalia)¹⁴. Los parásitos se replican en el sistema retículoendotelial (bazo, hígado y médula ósea) por lo que los pacientes pueden presentar una anemia severa por supresión medular, hemolisis y secuestro esplénico; así como, trombopenia y leucopenia.

En casos avanzados, se asocia con caquexia extrema, hipoalbuminemia, edemas, fallo hepático, ascitis e ictericia. La trombopenia y la disfunción hepática contribuyen a la aparición de complicaciones hemorrágicas y la inmunosupresión aumenta el riesgo de infecciones bacterianas secundarias¹⁵.

Para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica, aun así el definitivo se requiere la demostración de la histopatología del parásito (visualización de amastigotes) o cultivos del material obtenido mediante as-

piración o biopsia de los órganos afectados (médula ósea o bazo)¹⁶. Los métodos moleculares son también útiles para la demostración del parásito en tejidos y sangre periférica¹⁷. Los test serológicos como IFA o ELISA también son interesantes, pero no prueban infección activa (sobre todo en zonas endémicas)¹⁸.

En cuanto al tratamiento, los fármacos con actividad contra la LV son la anfotericina B, fármacos anti-moniales pentavalentes, Paromomycina y Miltefosina (el primer tratamiento oral). Hasta la fecha la anfotericina B liposomal tiene la mayor eficacia terapéutica y seguridad por lo que es el tratamiento de elección. En cuanto al pronóstico, varía según las características del paciente y la severidad del cuadro, teniendo peor pronóstico en paciente VIH estadio SIDA e inmunodeprimidos por otra causa¹⁹.

Conclusiones

En conclusión, la LV es una enfermedad de escasa prevalencia en nuestra zona, dada la escasa presencia del vector en cuenca cantábrica, pero por los fenómenos migratorios podríamos tener casos importados. Pese a ello, desde el inicio de la terapia antiretroviral en los pacientes VIH la incidencia de formas graves de Kala Azar ha disminuido considerablemente, aunque todavía se puede encontrar en pacientes mal tratados, inmunodeprimidos por otras causas, niños e incluso más raramente en pacientes sanos. Por ello es importante su sospecha ante cuadros clínicos compatibles con antecedentes epidemiológicos relevantes.

Declaraciones de autoría

Natalia Momeñe se ha encargado de la concepción y el diseño del estudio, la adquisición de datos y escritura del artículo. Edorta Villamandos se ha encargado de la Búsqueda biblio-gráfica, corrección ortográfica y traducciones. Ainhoa Burzaco y Ricardo Franco han supervisado la realización del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final. Natalia Momeñe es la responsable del artículo

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

- Pigott DM, Bhatt S, Golding N, Duda KA, Battle KE, Brady OJ, et al. Global distribution maps of the leishmaniasis. Tollman S, editor. *eLife*. 2014;3:e02851.
- WHO Global leishmaniasis update, 2006–2015: a turning point in leishmaniasis surveillance [Internet]. WHO. [citado 6 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/leishmaniasis/resources/who_wer9238/en/
- Oryan A, Akbari M. Worldwide risk factors in leishmaniasis. *Asian Pac J Trop Med*. 2016;9(10):925-32.
- Burza S, Croft SL, Boelaert M. Leishmaniasis. *The Lancet*. 2018;392(10151):951-70.
- Molina R, Jiménez MI, Cruz I, Iriso A, Martín-Martín I, Sevillano O, et al. The hare (*Lepus granatensis*) as potential sylvatic reservoir of *Leishmania infantum* in Spain. *Vet Parasitol*. 2012;190(1-2):268-71.
- Monge-Maillo B, Norman FF, Cruz I, Alvar J, López-Vélez R. Visceral leishmaniasis and HIV coinfection in the Mediterranean region. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(8):e3021.
- Antinori S, Cascio A, Parravicini C, Bianchi R, Corbellino M. Leishmaniasis among organ transplant recipients. *Lancet Infect Dis*. 2008;8(3):191-9.
- Phlebotomine sandflies maps [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. [citado 6 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/disease-vectors/surveillance-and-disease-data/phlebotomine-maps>
- Alten B, Maia C, Afonso MO, Campino L, Jiménez M, González E, et al. Seasonal Dynamics of Phlebotomine Sand Fly Species Proven Vectors of Mediterranean Leishmaniasis Caused by *Leishmania infantum*. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 22 de febrero de 2016 [citado 9 de agosto de 2019];10(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762948/>
- Herrador Z, Gherasim A, Jimenez BC, Granados M, San Martín JV, Aparicio P. Epidemiological Changes in Leishmaniasis in Spain According to Hospitalization-Based Records, 1997–2011: Raising Awareness towards Leishmaniasis in Non-HIV Patients. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(3).
- Velez R, Ballart C, Domenech E, Abras A, Fernández-Arévalo A, Gómez SA, et al. Seroprevalence of canine *Leishmania infantum* infection in the Mediterranean region and identification of risk factors: The example of North-Eastern and Pyrenean areas of Spain. *Prev Vet Med*. 2019; 162:67-75.
- Martínez BF, Barroso DG, Portero RC. La leishmaniasis en España: evolución de los casos notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica desde 2005 a 2017 y resultados de la vigilancia de 2014 a 2017. *Boletín epidemiológico semanal*. 2019;27(2):15-27.
- Queiroz A, Sousa R, Heine C, et al. Association between an emerging disseminated form of leishmaniasis and *Leishmania (Viannia) braziliensis* strain polymorphisms. *J Clin Microbiol*. 2012; 50:4028.
- Bogdan C. Leishmaniasis in rheumatology, haematology and oncology: epidemiological, immunological and clinical aspects and caveats. *Ann Rheum Dis*. 2012;71Suppl2:i60.
- Zijlstra EE, Ali MS, el-Hassan AM, et al. Kala-azar: a comparative study of parasitological methods and the direct agglutination test in diagnosis. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1992; 86:505.

16. Reithinger R, Dujardin JC. Molecular diagnosis of leishmaniasis: current status and future applications. *J Clin Microbiol.* 2007; 45:21.
17. Sundar S, Singh A. Recent developments and future prospects in the treatment of visceral leishmaniasis. *Ther Adv Infect Dis.* 2016; 3:98.
18. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, et al. Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). *Clin Infect Dis.* 2016; 63:e202.

NOTA HISTÓRICA



Gac Med Bilbao. 2023;120(4):143-150

Introducción de la penicilina en Bizkaia por el puerto de Bilbao

Gondra-Rezola Juan^{a,d}, Garaizar-Candina Javier^{b,d}, Aramburu-Araluce Enrique^{c,d}

a) Museo Vasco de la Historia de la Medicina y de las Ciencias. Leioa, España.

b) Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea (UPV/EHU). Vitoria-Gasteiz, España.

c) Farmacia Museo Aramburu. Plentzia, España.

d) Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB). Bilbao, España.

Recibido el 24 de marzo de 2023; aceptado el 20 de junio de 2023

Resumen:

Objetivos:

Avanzar en el conocimiento de la introducción de la penicilina en Bizkaia, en primer lugar, a través del estudio de un mercado regular e irregular en los puertos de Bilbao y Santurtzi, y más adelante analizando las primeras prescripciones y dispensaciones legales.

Métodos:

Hemos utilizado tanto fuentes primarias como secundarias. En el primer caso nos basamos en testimonios orales, en los archivos de la consignataria Pérez y Cía. y la Farmacia Museo Aramburu de Plentzia y en las actas de los Colegios de Médicos y de Farmacéuticos de Bizkaia, y del Centro Farmacéutico Vizcaino. En el segundo caso mediante el uso de la abundante hemeroteca y los trabajos publicados en el entorno de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad de Alcalá.

Resultados:

El grueso de la importación española de la penicilina desde los EE.UU. llegó por vía marítima al puerto de Bilbao. De allí, se envió a Madrid para su distribución al resto del estado. En Bizkaia los primeros suministros de penicilina se realizaron a través del Gobierno Civil. Posteriormente esta tarea se encomendó al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya primero y a las farmacias vizcaínas después. Se detecta también un suministro irregular de penicilina en los muelles de los puertos de Bilbao y Santurtzi.

PALABRAS CLAVE

Penicilina.
Bizkaia.
Vizcaya.
Bilbao.
Farmacia.
Medicina.
Años 1946-1950.

Conclusions:

Los barcos de la Compañía Trasatlántica Española descargaron en Bizkaia gran cantidad de penicilina oficial, y también irregular desde los EE.UU. En ese sentido parece que Bizkaia fue afortunada porque el antibiótico estaba en los muelles a la espera de quien quisiera comprarlo. No parece que existieran mafias organizadas a gran escala para la venta ilegal de penicilina.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Penizilina.
Bizkaia.
Bilbo.
Farmazia.
Medikuntza.
1946-1950 urteak.

Introduction of penicillin into Biscay through the port of Bilbao**Helburua:**

Bizkaian penizilinareen sarrerari buruz ezaguera aurrera egitea, hasiera batean Bilboko eta Santurtziko portuetatik merkatu legala eta beltzaren bidez, eta gero lehenengo preskripzioak eta legezko dispensazioak aztertzen.

Metodoak:

Iturri primarioak zein bigarren mailakoak erabili ditugu. Lehenengo kasuan, ahozko testigantzetan, Pérez y Cia. ontzi-entresaren artxiboetan, Plentziako Farmazia Museo Aranburu, Bizkaiko Mediku eta Farmazialarien Elkarteetan eta "Centro Farmacéutico Vizcaíno"ren aktetan oinarritzen gara. Bigarren kasuan, hemeroteca batzuetan, Madrilgo Complutense Unibertsitatean eta Alcalá-ko Unibertsitatean argitaratutako lanak erabili ditugu.

Emaitzak:

AEBetatik Espainiarako penizilinareen inportazio gehiena itsasoz iritsi zen Bilboko portura. Legezko penizilina banaketa Madriletik hasi zen egiten. Bizkaian legezko penizilinareen lehen horniketak Gobernu Zibilaren bitartez egin ziren. Gero, eginkizun hori Bizkaiko Farmazialarien Elkargo Ofizialaren esku utzi zen lehenik eta Bizkaiko farmazien esku geratu zen gero. Bilboko eta Santurtziko kaietan ere penizilina irregularra atzeman zen.

Ondorioak:

Espainiako "Compañía Trasatlántica"ren ontziek AEBetatik etorritako legezko penizilina ugari deskargatu zuten Bizkaian, baita penizilina irregularra ere. Zentzu honetan, badirudi Bizkaia zortea izan zuela, antibiotikoa kaietan zegoelako erosi nahi zuenaren zain. Ez dirudi penizilinareen legez kanpoko salmentarako antolatutako mafia handiak zeudenik.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Penicillin.
Bizkaia.
Vizcaya.
Bilbao.
Pharmacy.
Medicine.
Years 1946-1950.

Introduction of penicillin into Biscay through the port of Bilbao**Objectives:**

To advance in the knowledge of the introduction of penicillin in Bizkaia, firstly, through the study of a regular and irregular market in the ports of Bilbao and Santurtzi, and later by analyzing the first prescriptions and legal dispensations.

Methods:

We have used both primary and secondary sources. In the first case, we rely on oral testimonies, in the files of the consignee Pérez y Cia. and the Aramburu Museum Pharmacy in Plentzia and in the minutes of the Bizkaia Medical and Pharmaceutical Colleges, and the Vizcaino Pharmaceutical Center. In the second case, by the abundant newspaper library and the works published in the Complutense University of Madrid and the University of Alcalá.

Results:

The bulk of Spanish imports of penicillin from the US arrived by sea at the port of Bilbao. From there, it was sent to Madrid for distribution to the rest of the state. In Bizkaia, the first supplies of penicillin were made through the Civil Government. Subsequently, this task was entrusted to the Official College of Pharmacists of Vizcaya first and to the Vizcaya pharmacies later. An irregular supply of penicillin was also detected in the docks of the ports of Bilbao and Santurtzi.

Conclusions:

The ships of the Spanish Transatlantic Company unloaded a large amount of official penicillin in Bizkaia, and irregular penicillin from the US. In this sense, it seems that Bizkaia was lucky because the antibiotic was on the docks waiting for anyone who wanted to buy it. It does not appear that there were large-scale organized mafias for the illegal sale of penicillin.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

Para el año 1944 EE.UU. había logrado el extraordinario éxito de la producción masiva e industrial de la penicilina. Una vez cubiertas las necesidades de consumo internas tanto para el suministro a las tropas como para el abastecimiento a la población civil, se encontraba en disposición de poder ofrecerla al resto de países¹. El 21 de septiembre de 1944 España firmó un acuerdo de colaboración con los EE.UU. para el suministro de penicilina². Como en el caso de algunos otros países estos envíos se realizaron por razones humanitarias, debido a la compleja situación de España, alineada con las potencias del eje y en un contexto de aislamiento comercial internacional. Tras la firma del acuerdo, en los años 1944 y 1945, se produjo la llegada de varios vuelos de los hidroaviones tipo "Clipper" procedentes de Estados Unidos con varios centenares de kilos de penicilina³. Mas adelante, en 1947, algunos aviones procedentes de Reino Unido colaboraron en la importación de penicilina a España⁴.

Sin embargo, la ría de Bilbao fue el escenario en que se desembarcó la mayor parte de la penicilina importada de Estados Unidos por el Estado Español entre los años 1947 y 1950. Casi todo el antibiótico fue puesto a disposición de las autoridades sanitarias -y esas cantidades son fáciles de determinar- pero, además, los muelles de Bilbao y de Santurtzi fueron testigos de la transacción de otras cantidades del antibiótico imposibles de calcular, a la que llamaremos penicilina "irregular".

Con este trabajo procuramos avanzar en el conocimiento de la introducción de la penicilina en Bizkaia, sus primeras prescripciones médicas, y sus primeros despachos y dispensaciones farmacéuticas a una población ansiosa de conseguir la "milagrosa droga", que a todas luces escaseaba en todo el territorio nacional.

Métodos

En primer lugar, en nuestra investigación hemos contado con importantes testimonios orales, directos o a través de familiares cercanos, de médicos que vivieron esos tiempos en primera persona.

Además, hemos accedido a los fondos de la consignataria marítima Pérez y Cía. depositados en la Universidad de Cantabria. Estos están compuestos por documentación administrativa y de contabilidad que incluye la gestión económica de la Compañía Trasatlántica Española, propietaria de los buques

mercantes responsables de la importación de la penicilina a nuestro país. Así mismo, hemos utilizado las hemerotecas, las actas de las juntas de gobierno de los Colegios de Médicos y de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI) en esos años, los archivos del almacén de distribución Centro Farmacéutico Vizcaíno y los datos que aportan los archivos y libros recetarios de la Farmacia Aramburu de Plentzia para ese periodo de estudio. Finalmente, se han consultado revistas profesionales como Información -boletín del COFBI-. Se echa de menos alguna referencia en Gaceta Médica del Norte anterior a 1948, quizás porque la escasez de papel limitó notablemente su número de publicaciones.

Resultados**Importación marítima de la penicilina**

Aunque, como hemos apuntado previamente, se empezaba a contar con la asistencia de algunos hidroaviones tipo "Clipper" capaces de realizar vuelos intercontinentales, el tráfico y transporte de personas y mercancías entre el continente americano y el europeo en esos años tras la segunda guerra mundial se llevaba a cabo principalmente por barco. El 18 mayo de 1946 aparece -por primera vez en la prensa local- que el barco de la Compañía Trasatlántica Española "Magallanes" desembarcó en el puerto de Bilbao un total de 21 cajas de penicilina, con destino final en Tenerife, Fernando Poo y Melilla, sin detallar ni el importador, ni el exportador de este medicamento⁵. Al menos en otras tres ocasiones aparece en la prensa el desembarco de cantidades de penicilina⁶.

Según informaciones de la propia Compañía Trasatlántica Española⁸, los únicos barcos españoles que llegaban en esas fechas desde los Estados Unidos de Norteamérica eran los grandes vapores transoceánicos "Magallanes", "Habana" y "Marqués de Comillas".

La línea marítima regular del Cantábrico de esta compañía conectaba los puertos de la Habana, Veracruz y Nueva York con los de La Coruña, Santander y Bilbao. Debido sus altas prestaciones los buques eran capaces de superar los 15 nudos de velocidad, haciendo que las singladuras entre América y España se pudieran realizar en unos 15 días. Además, contaban con una bodega refrigerada para el mantenimiento adecuado de fármacos u otros materiales perecederos.

La llegada de estos buques era anunciada en la prensa local, lo que facilitaría a sanitarios y público

en general el acercarse al puerto cuando el buque arribara al mismo.

Hemos podido determinar que, entre diciembre de 1946 y septiembre de 1950, fueron muy numerosos los envíos de penicilina y otros antibióticos desde el puerto de Nueva York a los puertos del norte de España, destacando el puerto de Bilbao por su frecuencia y por las cantidades desembarcadas. De los puertos de arribada se distribuiría a los destinatarios finales en Madrid, Alicante o Barcelona por carretera, ferrocarril o avión.

Venta de penicilina en los muelles de Bilbao y Santurtzi

Antes de la llegada de la penicilina legal a Bilbao, conocemos por testimonios orales casos de pacientes tratados con este fármaco obtenido mediante contrabando en el puerto¹. Según nos informaron los entrevistados, las compras se producían en el mismo muelle, sin ser dificultadas por las autoridades portuarias. Es de imaginar el ambiente en esos puertos a la llegada de los barcos, con la presencia en los muelles de un número elevado de tripulantes y marineros, estibadores, personal del propio puerto junto a cientos de pasajeros y familiares.

Además, era habitual la presencia en los muelles de personas asociadas a la picaresca y al trapicheo, conocidos como “chipichandles” o “cambulloneros”, personas bien relacionadas que facilitaban conseguir bienes de consumo de difícil acceso, como alimentos o medicamentos, actividades descritas en detalle por autores costumbristas como el académico portugalujo José Antonio Zunzunegi. Lo cierto es que meses antes de poder dispensar penicilina libremente, algunas farmacias despachaban el disolvente que se debía emplear para su preparación, lo que quiere decir que el antibiótico ya estaba en manos del médico o en poder del paciente.

Las quejas expresadas por el Colegio de Médicos de Bizkaia⁸, así como los testimonios recogidos de médicos o familiares de médicos, ponen en evidencia que antes del año 1948 la penicilina a disposición de cualquier paciente en Bizkaia era notoriamente escasa, difícilmente accesible por medios legales y, en la práctica, un recurso muy caro que era adquirido mediante estraperlo. El diario: “*El Correo Español - El Pueblo Vasco*” publicaba en su primera página del 30 de agosto de 1945 una nota redactada por el gobernador civil, Genaro Riestra Díaz, en la que hacía saber que había dispuesto una multa de diez mil pesetas a cada uno de los tres delincuentes -dos mujeres y un hombre- detenidos por el Cuerpo General de Policía, por traficar clandestinamente con penicilina al precio desorbitado de tres mil pesetas por cada cien mil unidades Oxford, es decir, veinte veces por encima del que era su valor oficial.

El mismo gobernador, en una entrevista publicada en el año 1947 cita la existencia de un mercado negro⁹. También el jefe Provincial de Sanidad comunica

al presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya que: “*los usuarios de penicilina procedente del Instituto Provincial de Higiene han venido registrando algunos fracasos en la aplicación de la misma y se achacan estos a que algunos desaprensivos devuelven al Instituto penicilina en malas condiciones, bien por mala conservación mientras está en su poder, o bien porque la adquieren ya así en el mercado clandestino*”. Por primera vez conocemos, a través del jefe provincial de sanidad de Vizcaya, que existe una distribución clandestina en la provincia. Termina ese punto del orden del día con estas palabras: “*por parte de la Junta se opina que este estado de cosas desaparecería si se dispusieran los depósitos de penicilina en las farmacias, con la garantía de un farmacéutico responsable*”¹⁰.

El seguimiento de la hemeroteca del diario *La Vanguardia*, de Barcelona, entre los años 1944 y 1948, en los que el control de la prensa por el Estado era férreo, pone en evidencia tres tipos de artículos relativos a la penicilina¹¹:

-Los que dan cuenta de casos de estraperlo en países vecinos, como Portugal¹², Francia o Alemania, quizás con la intención de hacer ver que se trataba de un fenómeno muy extendido. En varias de ellas, la misma noticia aparece el mismo día en *La Vanguardia*, *El Correo Español-El Pueblo Vasco* y *La Gaceta del Norte*.

-Dos breves noticias dando cuenta de castigos a traficantes de penicilina españoles¹³. Se trataba generalmente de pequeños traficantes, sin mencionar nunca la existencia de grandes traficantes cuya presencia era vox populi. También aquí encontramos que la misma noticia es publicada el mismo día y con idénticos datos en la prensa de Barcelona y de Bilbao.

-Repetidos anuncios de “*gestiones para conseguir penicilina*”, que permiten suponer que se trataba de un suministro irregular; otros anuncios ofrecían la compra de penicilina, presumiblemente irregular (Figura 1)¹⁴. También algún lapsus en el que, dentro de otra noticia de mucho mayor relieve, se cuela la compra de penicilina en el extranjero por españoles sin cumplir la normativa.

Quizás una búsqueda más exhaustiva obtuviera mejores resultados, pero con los datos obtenidos para esta investigación, no se pueden extraer más conclusiones. No disponemos de más información o documentación concreta que ayude a aclarar el cómo se produjo su acceso a la penicilina “irregular” en el puerto. Las consultas a los archivos municipales y provinciales no han obtenido resultados; tampoco las efectuadas en la Delegación del Gobierno en Vitoria/Gasteiz ni la búsqueda en el BOE utilizando las palabras penicilina y traficante. Todo ello parece confirmar la existencia de pequeños traficantes, sin datos que orienten a pensar en la presencia en Bilbao de grandes mafias organizadas (Figura 2).

Distribución de la penicilina regular desde Madrid

A partir del año 2011, Antonio González Bueno y Raúl Rodríguez Nozal -catedráticos de la UCM y de la UAH



Figura 1. Anuncio publicado en La Vanguardia., desde septiembre de 1945 hasta febrero de 1946.

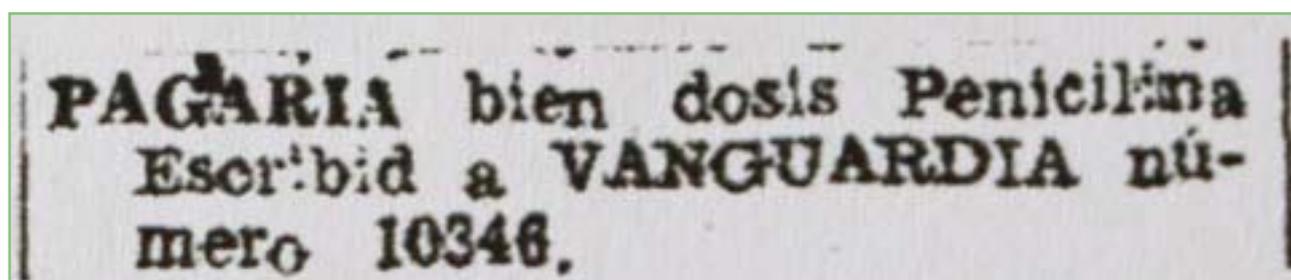


Figura 2. La Vanguardia 30 de abril de 1946, p.15.

respectivamente- han ido publicando sus investigaciones sobre las primeras importaciones de penicilina en España^{15,16}. También María Jesús Santesmases, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, ha publicado en 2018 un trabajo a modo de resumen del tema que nos ocupa¹⁷. Pero en ninguno de ellos se ha investigado sobre las primeras importaciones marítimas de penicilina en España realizadas entre los años 1946 y 1950.

Para intervenir y regular la importación, fabricación, distribución y empleo de este medicamento se crea en noviembre de 1944 el Comité Nacional de la Penicilina¹⁸. A él deberán acudir cuantos pacientes tengan prescrita la administración de penicilina en cualquier lugar del territorio nacional. Meses más tarde, en algunas provincias ese trabajo administrativo lo llevarán desde las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Muy pronto, con el excedente de penicilina controlada por la administración, el Comité insta a la creación de un depósito en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid. Desde entonces, será esta institución la que autorice la creación de nuevos depósitos en otros colegios provinciales.

El Colegio de Farmacéuticos de Madrid no tardó en autorizar la dispensación de la penicilina a algunas farmacias de la capital. En ellas había que presentar un vale para poder retirar la medicación. Este documento de autorización para su uso se obtenía en la Inspección General de Farmacia, situada en los bajos de la Dirección General de Sanidad, que estaba en la madrileña plaza de España.

Suministro de penicilina por el Gobierno Civil de Vizcaya.

Genaro Riestra -Gobernador Civil de Vizcaya en esa época- fue mucho más allá que algunos gobernadores civiles de otras provincias que prestaron ayuda para conseguir penicilina para el tratamiento de algunos casos singulares¹⁹. En Bizkaia, los pacientes que precisaban penicilina con urgencia -lo podían delegar en sus familiares- tenían que presentarse en el Gobierno Civil provistos de un informe médico que lo justificara; allí, a cualquier hora que fuera, se le proveía de un vale con el que debía acudir al Instituto Provincial de Higiene para que le despacharan su penicilina. No se exigía ningún pago, solamente el compromiso de devolverla cuando le llegara la proporcionada desde Madrid por la vía oficial²⁰.

Suministro de penicilina por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya y por las farmacias vizcaínas

Según consta en el libro de actas del COFBI (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia) del día 21/12/1945, el presidente del Colegio visita al jefe Provincial de Sanidad y ofrece los servicios de la institución para la distribución del cupo de penicilina que pueda llegar a Bizkaia. El COFBI solicita formalmente un depósito de penicilina en marzo de 1946²¹ y lo recibirá del Colegio de Madrid para gestionar en sus instalaciones de la calle General Concha a partir de julio de 1946²².

Ante la escasez de penicilina en todo el territorio nacional, pronto comenzarán las quejas. El COFBI, a través de su órgano de expresión -el boletín Información- en su número 4 de octubre de 1946, levanta su voz ante sus colegiados y expresa su malestar ante la administración sanitaria, por lo que considera un atropello, puesto que el cupo del antibiótico ofrecido a ese colegio es insuficiente para la demanda provincial, y que las farmacias de la provincia no puedan dispensar libremente penicilina. En el mismo escrito, sus redactores hacen público que el im-

porte del despacho de penicilina deben reservarlo íntegro a disposición de la superioridad (Figura 3).

Los problemas que causó esta actividad fueron menores, pero nos consta que en algún momento el COFBI decidió gratificar -con 200 pesetas- a una vecina del edificio por las molestias ocasionadas por el despacho de penicilina a deshoras: “desde la una del mediodía hasta las tres de la tarde”²³.

Por fin, a partir de la Orden de 30 de diciembre de 1946 (publicada en el BOE el 4 de enero de 1947),

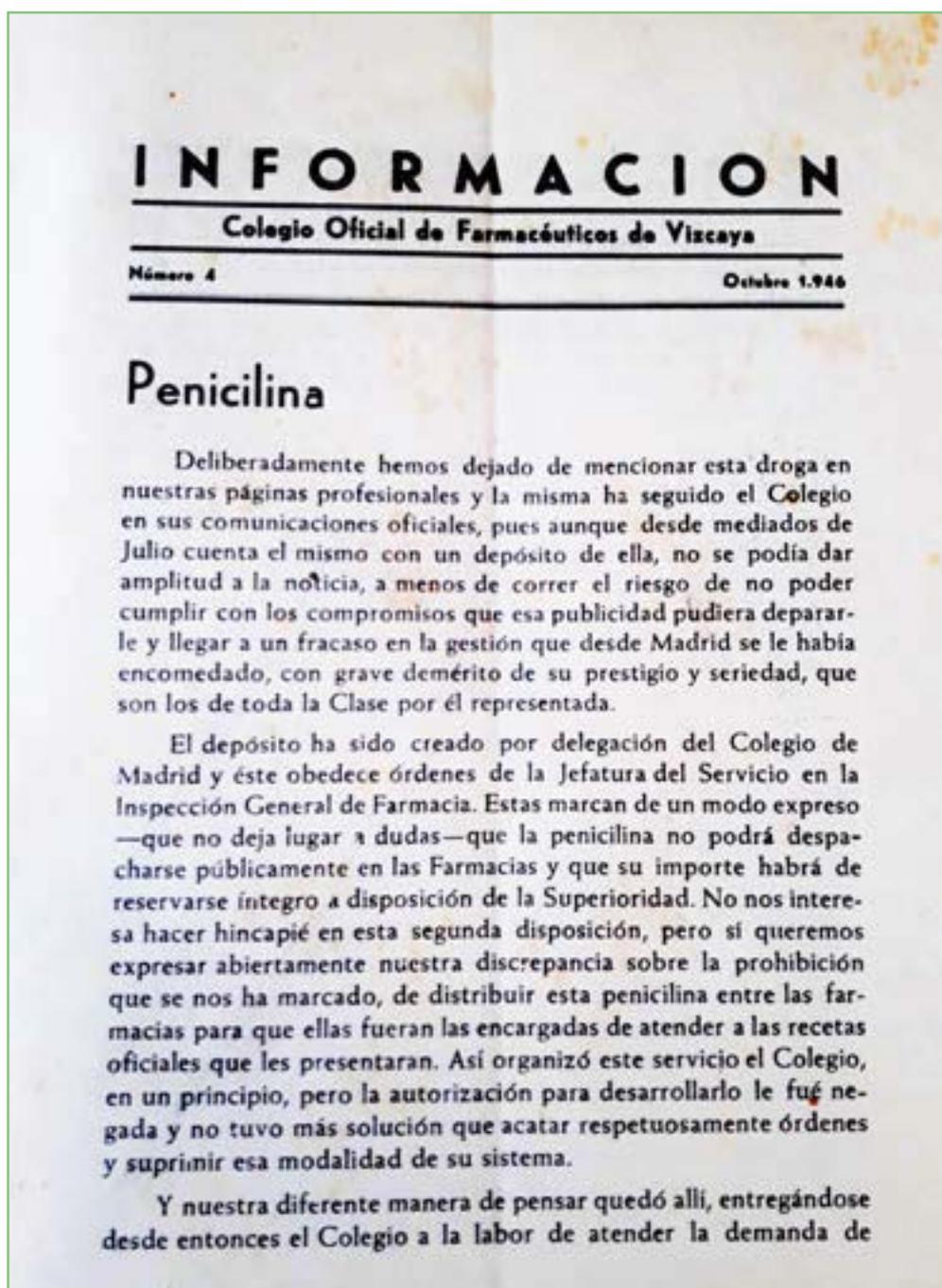


Figura 3. Boletín del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya: “Información”, número 4, octubre de 1946. P.1. Archivo Farmacia Museo Aramburu, documento TDC9-1.

las farmacias que reúnan las debidas condiciones podrían solicitar - ante la Jefatura Provincial de Sanidad- su distribución al público. Sabemos que en marzo de ese mismo año cinco farmacias de la Bilbao estaban autorizadas para dispensar penicilina, aunque se quejan del pequeño cupo que se les ha asignado. Los pacientes o sus familiares de cualquier rincón de Bizkaia debían desplazarse hasta Bilbao para retirar su penicilina. En febrero de 1948, el COFBI aprueba un estudio en orden a autorizar la dispensación de penicilina en farmacias de ámbitos rurales²⁴.

El estudio se realizó, pero no tuvo ninguna repercusión porque nunca obtuvo la autorización correspondiente, y por ello el presidente del COFBI envió un oficio al presidente del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos quejándose de que la venta libre de penicilina en farmacias había sido autorizada en varias provincias, pero no en la de Vizcaya²⁵. También nos parece relevante que el Hospital Civil de Basurto, que ya disponía de un edificio para la Farmacia, aun en octubre de 1948, no contara con el permiso necesario para la distribución de su propio cupo de penicilina²⁶. Habrá que esperar hasta enero de 1950 para que cualquier farmacia del estado español pueda dispensar libremente penicilina bajo prescripción médica²⁷. A este respecto, interesa saber que la penicilina estaba ya aceptada en el petitorio de especialidades farmacéuticas para el Seguro de Enfermedad desde 1945²⁸.

Para concluir este epígrafe, queremos dar a conocer que el Consejo de Administración del almacén de distribución de medicamentos más importante en aquellos años, el Centro Farmacéutico Vizcaíno, en su junta del 16 de noviembre de 1945, acuerda solicitar a la Inspección General de Farmacia la adjudicación de penicilina para su venta. No sabemos en qué fecha la obtuvo, pero si podemos constatar las dificultades que todavía tuvieron que afrontar en el ejercicio de 1950. En la memoria de ese año se hace mención del inicio regular de la venta de antibióticos, que más tarde quedó frenada por la limitación de los suministros, no llegándose a cubrir las necesidades de las farmacias.

Conclusiones

Los barcos de la Compañía Trasatlántica Española contribuyeron de forma muy importante a la importación legal de penicilina a nuestro país. Asociado a estos envíos legales, Bilbao fue afortunada porque desde el principio en sus muelles se descargaba penicilina norteamericana, aunque en cantidades muy restringidas. Desconocemos la cantidad de penicilina que pudo ser distribuida de forma irregular, aunque no parece que existieran mafias organizadas a gran escala para la venta de este antibiótico.

La excelente iniciativa de Gobernador Civil Riestra, relativa a la distribución de penicilina en Bilbao, no pudo evitar sin embargo abusos por parte de algunos usuarios. A pesar de la irreprochable actitud del

COFBI, la dispensación de penicilina en las farmacias de Bizkaia tuvo que esperar hasta 1950.

Declaraciones de autoría.

E. Aramburu concibió el estudio y supervisó todos los aspectos de su realización. J. Gondra y J. Garaizar obtuvieron los datos. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y revisaron los borradores del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final. E. Aramburu es el responsable del artículo para la correspondencia.

Financiación.

Sin financiación.

Agradecimientos.

Al Dr. José Antonio Líbano, al personal de los Servicios de Biblioteca de la Universidad de Cantabria y de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y a Carlos Peña Alvear, por sus consejos y colaboraciones realizadas a lo largo de este trabajo.

Conflictos de intereses.

Sin conflictos de intereses.

Bibliografía.

1. Sanz C, Gondra J, Garaizar J, Aramburu E. Primeros despachos y dispensaciones de penicilina en las provincias de Valladolid y Bizkaia. En: Medicamento y profesión farmacéutica en Aragón. Aportación a su historia. José María de Jaime Loren (Ed.), Taula ediciones, Jiloca, Teruel; 2022. p. 297-316
2. EL CORREO ESPAÑOL-EL PUEBLO VASCO. Bilbao. 21 de septiembre de 1944.
3. González Bueno A, Baratas Díaz A. La tutela imperfecta biología y farmacia en la España del primer franquismo. Estudios sobre la Ciencia, 63. Editorial CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2013. 396 p.
4. ABC. Madrid. 7 de febrero de 1947, 26 de abril de 1947 y 9 de septiembre de 1947.
5. EL CORREO ESPAÑOL-EL PUEBLO VASCO. Bilbao. 19 de mayo de 1946.
6. EL CORREO ESPAÑOL-EL PUEBLO VASCO. Bilbao. 26 de agosto de 1946, 15 de febrero de 1949 y 11 de septiembre de 1949.
7. Peña Alvear C. Historias de barcos de la Compañía Trasatlántica. Editorial Tantin, Santander; 2010. 291 p.
8. Acta de la sesión del 14 de abril de 1947 de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Bizkaia. Libro de Actas de 1943 a 1949, folio 187 vuelto
9. EL CORREO ESPAÑOL - EL PUEBLO VASCO. Bilbao. 23 de mayo 1947.
10. COFBI. Acta del 2 de febrero de 1946.
11. LA VANGUARDIA. Madrid. 13 de junio de 1945, p. 7; 30 de agosto de 1945, p. 4; 1 de febrero de 1946, p. 7; 21 de abril de 1946, p. 8.

12. Martínez Tomás, A. "La penicilina, la picaresca y la filantropía". LA VANGUARDIA ESPAÑOLA, 22 de marzo de 1945, p. 5.
13. LA VANGUARDIA. Madrid. 30 de agosto de 1945. EL CORREO ESPAÑOL-EL PUEBLO VASCO. Bilbao. 30 de agosto de 1945 y LA GACETA DEL NORTE. Bilbao. 30 de agosto de 1945.
14. LA VANGUARDIA. Madrid. 7 de febrero de 1946.
15. González Bueno A, Rodríguez Nozal R. La penicilina en la España franquista importación intervención e industrialización. Eidon: revista de la fundación de ciencias de la salud. 2012, 38
16. Rodríguez Nozal R. ¿Fortuna o desdicha? La entrada de la penicilina en la España de la autarquía, un nuevo desafío para la farmacia y la industria farmacéutica. Homenaje al Prof. Dr. José Luis Valverde, Granada; 2011. p. 515-550. <https://www.researchgate.net/publication/283715491>. Junio 2011,
17. Santesmases, MJ. The Circulation of Penicillin in Spain: Health, Wealth and Authority. London: Palgrave Macmillan; 2018, 239 p.
18. BOE 8 de noviembre de 1944, orden 4 de noviembre de 1944:83-95
19. LA VANGUARDIA. Madrid. 19 de diciembre de 1945: p. 17; 19 de enero de 1946: p. 11.; 13 de marzo de 1946: p. 9.
20. LA GACETA DEL NORTE. Bilbao. 22 de marzo 1946.
21. Muñiz Petralanda J, Barrio Loza JA. -coord-. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia. Cien años velando por la salud de los vizcaínos. Bilbao. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (Ed); 1998; 105.
22. COFBI, boletín "Información", vol 4, octubre de 1946:1
23. COFBI, acta del 1 de abril de 1948.
24. COFBI, acta del 12 de febrero de 1948.
25. COFBI, acta del 21 septiembre de 1948.
26. COFBI, acta del 28 octubre del 1948.
27. BOE 28 de enero de 1950, Orden del 24 de enero de 1950:361
28. BOE 1 de junio de 1945, Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, anexo único 1.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2023;120(4):151-155

De la salud pública al concepto una sola salud (One Health). El papel de la prevención y de la visión global de los riesgos para la salud

Dehesa-Santisteban Francisco^a

a) Real Academia de Ciencias Veterinarias de España (RACVE). Académico de número. Madrid, España.

Recibido el 27 de mayo de 2023; aceptado el 3 de junio de 2023

Resumen:

La comunicación aborda la aplicación de medidas de bioseguridad en el control de las enfermedades animales, por el interés que tienen para la salud de las poblaciones humanas, tanto las de carácter general, como las de carácter zoonótico. Se hace alusión a la instauración en el siglo XIX de la inspección veterinaria de las carnes en los mataderos.

La comunicación subraya la tardía creación de las escuelas de veterinaria a partir de la de Lyon (Francia), creada en 1761. Asimismo, recuerda la relación de los veterinarios con la peste bovina, epizootia que asoló al continente europeo y a otras regiones del Mundo, hasta su erradicación en el año 2011, tras la erradicación de la viruela, en 1980.

Se recogen las principales aportaciones de Louis Pasteur y sus colaboradores al conocimiento de las enfermedades animales y al desarrollo de las vacunas contra las mismas subrayando el descubrimiento de la vacuna antirrábica en 1885. Se apuntan datos del desarrollo de vacunas frente a la tuberculosis, brucelosis bovina, glosopeda y parvovirus canina. También se recuerda el papel del saneamiento del ganado en la gestión de las enfermedades, incluidos distintos brotes de enfermedades emergentes en el siglo XXI.

PALABRAS CLAVE

Salud pública.
One Health.
Prevención.
Riesgo para la salud.

GILTZA-HITZAK

Osasun publikoa.
One Health.
Prebentzioa.
Osasunerako arriskua.

Osasun publikotik osasun bakar batera (One Health). Prebentzioaren eta osasunerako arriskuen ikuspegi globalaren zeregina.

Laburpena:

Komunikazioak, animalien gaixotasunak kontrolatzeko biosegurtasun neurrien aplikazioa aztertzen du. Gaixotasun hauek garrantzi handia dute giza osasun publikoan orokorrean, zein zoonosietan. XIX. mendean hiltegieta haragien albaitaritza ikuskapena ezarri izana aipatzen da ere.

Albaitaritza eskolak berandu sortu zirela azpimarratzen du komunizazioak, lehenengo Lyon (Frantzia) 1761. urtean. Albaitariak behi izurritearekin izandako harremana gogorarazten du, Europa zein munduko beste hainbat herrialdeetan abereen hondaketa eragin izan zuen epizootia, 2011 urtean desagerrarazi zen arte. Desagertutako bigarren gaixotasun infekziosoa bihurtuz baztangaren atzetik 1980. urtean.

Louis Pasteurrek eta haren kolaboratzaileek animalien gaixotasunen ezagutzan eta haien aurkako txertoen garapenean egindako ekarpenak aipatzen dira, 1885. urtean amorraren kontrako txertoa sortu zutela azpimarratuz. Tuberkulosiaren, behi-bruzelosiaren, nafarrerria eta txakur-parbobirosiaren aurkako txertoen garapenari buruzko datuak ematen dira.

Halaber, ganadu saneamendua kudeatzeko neurrien duten garrantzia gogorarazten da, baita XXI mendean azaleratzen ari diren gaixotasun-agerraldiak kudeatzeko biosegurtasun-neurriena.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Public Health.
One Health.
Prevention.
Health risk.

From public health to the One Health concept. The role of prevention and the global vision of health risks.

Abstract:

The communication discusses the significance of biosecurity measures in controlling animal diseases that impact human health, including both general and zoonotic diseases. It refers to the establishment of veterinary inspection for meat in slaughterhouses during the 19th century.

The communication emphasizes the delayed founding of veterinary schools, with the first one established in Lyon, France, in 1761. It also highlights the role of veterinarians in addressing rinderpest, an epizootic that ravaged Europe and other parts of the world before being eradicated in 2011, following smallpox eradication in 1980.

The text acknowledges the critical contributions of Louis Pasteur and his colleagues in understanding animal diseases and developing vaccines to combat them, particularly the creation of the anti-rabies vaccine in 1885. It further presents information on vaccine development for diseases such as tuberculosis, bovine brucellosis, foot and mouth disease, and canine parvoviruses.

Lastly, the communication emphasizes the importance of livestock sanitation measures' role in animal disease control and the biosecurity measures in managing emerging disease outbreaks in the 21st century.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

La sanidad animal puede ser contemplada de forma aislada en relación con el estado de salud de determinadas poblaciones animales, pero, en términos generales, la visión veterinaria está impregnada de una perspectiva de salud pública, por el efecto, directo o indirecto que tienen las enfermedades animales en la salud de la población humana. Desde esa perspectiva, las enfermedades animales más importantes son las

de carácter zoonósico. El término zoonosis fue creado por el médico alemán Rudolph Virchow en 1855, cuando desarrollaba investigaciones en torno a la *Trichinella spiralis* y otras parasitosis¹. Como es bien sabido, dos tercios de los agentes patógenos para la especie humana afectan también a otros hospedadores, es decir son zoonósicos². Esta proporción asciende a un 75% si nos referimos a los agentes patógenos emergentes, que se sitúan en una cifra ligeramente

inferior a 200. Se trata de un caso particular del fenómeno general de adaptación de los parásitos a sus especies hospedadoras.

El reconocimiento de este problema, tras la confirmación de la teoría microbiana de las enfermedades contagiosas a finales del siglo XIX, hizo que la profesión veterinaria consolidara su protagonismo en la inspección de las carnes destinadas al consumo humano a través de su procesado en el matadero. En aquella inspección cobraba especial relevancia el control de las zoonosis parasitarias, especialmente las distintas teniasis, incluida la hidatidosis, y la triquinosis³. Tras las numerosas epidemias de triquinosis sufridas en Europa a mediados y finales del siglo XIX, se instauró la obligatoriedad del reconocimiento micrográfico de las carnes, obligatoriedad que se amplió a las carnes de equino en los años ochenta del siglo XX.

Nacimiento de las escuelas de veterinaria. Contacto veterinario con la peste bovina

La veterinaria moderna experimentó un notable avance en el siglo XVIII con la creación de la primera escuela de veterinaria en Lyon en 1761 por Claude Bourgelat. A partir de aquel momento, se crearon escuelas de veterinaria en los principales países europeos, incluida la de Madrid en 1793, pocos años antes de la difusión del concepto de la vacunación, a raíz del éxito de la aplicación por primera vez de la vacuna de la viruela por Edward Jenner en Inglaterra en 1796^{4,5}.

La creación de las escuelas de veterinaria respondía a una necesidad sentida en algunos países afectados por las distintas ondas epizooticas que afectaban a Europa, especialmente las de peste bovina y glosopeda. La peste bovina había provocado la muerte de más de cien millones de bovinos en Europa según algunos autores⁶, con las consecuencias correspondientes en forma de pérdida de productividad en los campos y hambrunas⁷.

En los años 1711 y 1714 se adoptaron importantes y novedosas medidas por los médicos Giovanni Maria Lancisi en los estados vaticanos y Thomas Bates en Inglaterra^{8,9}. Aquellas medidas se podrían enmarcar en el moderno concepto de bioseguridad, e incluían sacrificios preventivos de todos los animales enfermos y/o que hubieran estado en contacto con ellos. En el brote declarado en Francia en 1774 y 1775, la implantación de estas medidas requirió de la intervención del ejército para facilitar las operaciones que eran rechazadas por la población, pese a que se instauraron compensaciones económicas por los animales sacrificados¹⁰. Algunos veterinarios y estudiantes de veterinaria franceses ya participaron en los trabajos para el control de aquel brote, aunque la resolución del mismo fue encargada finalmente al joven médico francés Félix Vicq d'Azyr (1748-1794)¹¹. España también se vio afectada y la Junta Central de Sanidad solicitó a varios albéitares de San Sebastián

la elaboración de un informe sobre la enfermedad y posteriormente editó una memoria^{12,13}.

A lo largo del siglo XIX la profesión veterinaria participó activamente en la gestión de la peste bovina y de otras enfermedades animales. A finales de dicho siglo, la epizootia de peste bovina había remitido en Europa, pero se manifestó con todo su dramatismo en Asia y en África, donde, a partir de 1880 provocó, de norte a sur, la muerte de millones de rumiantes domésticos y salvajes, además de enormes hambrunas e importantes efectos ecológicos¹⁴. Robert Koch y el veterinario Arnold Theiler estudiaron la enfermedad en Sudafrica y el médico francés Maurice Nicolle junto al veterinario turco Ady Bey establecieron el carácter vírico de la enfermedad en 1902¹⁵. La reaparición de la enfermedad en Europa, en Bélgica, en 1920, fue el detonante para la creación de la Oficina Internacional de Epizootias, actualmente Organización Mundial de Sanidad Animal¹⁶.

En definitiva, a partir de la demostración de la etiología infecciosa de numerosas enfermedades animales, y antes del descubrimiento de los antibióticos, se plantearon dos tipos de estrategia para su control en las poblaciones afectadas: la vacunación y el saneamiento.

Vacunación en patología animal; algunos ejemplos

En la década de los años ochenta del siglo XIX se produjeron las principales aportaciones del científico francés Luis Pasteur al conocimiento de las enfermedades animales, incluida la creación de las primeras vacunas contra alguna de las mismas. Pasteur contó con un equipo multidisciplinar con presencia de veterinarios, entre ellos Edmond Nocard y Louis Thuillier, fallecido en Alejandría en 1883, cuando estudiaba una epidemia de cólera. Obtuvo la vacuna contra el carbunco bacteriano o ántrax y contra el cólera aviar en 1880, contra el mal rojo del cerdo en 1882 y contra la rabia en 1885, su mayor éxito, que marcó un hito importantísimo para la humanidad, prácticamente noventa años después de la formulación por Jenner de la vacuna contra la viruela¹⁷.

La tuberculosis bovina fue objeto de estudio y discusión tras el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por Robert Koch en 1882. La tuberculina o "*linfa de Koch*", extracto glicerinado de cultivos puros de bacilos de la tuberculosis, no cumplió las expectativas creadas como medicamento, pero se convirtió en un potente medio de diagnóstico para el desarrollo de campañas de profilaxis y erradicación de la tuberculosis, tanto en la especie bovina como en la especie humana¹⁸.

Los investigadores del Instituto Pasteur de Lille, el médico Albert Calmette y el veterinario Camille Guérin (1872-1961) obtuvieron en 1921 la primera, y prácticamente única hasta la fecha, vacuna contra la tuberculosis humana¹⁹. En 1923, el investigador americano Dr. John M. Buck obtuvo, a partir de unos

cultivos de *Brucella abortus* que habían estado de forma casual a temperatura ambiente durante más de un año, la vacuna S-19 o B-19 contra la brucelosis bovina, que se ha utilizado desde el año 1932 hasta la actualidad²⁰. El germen había sido descubierto por el veterinario danés Bernard Bang en 1897, diez años más tarde de que David Bruce aislara la *B. melitensis*, agente causal de las fiebres de malta.

A partir de 1930 se produjo una vacuna viva atenuada contra la peste bovina mediante el pase de cepas de virus en cabras, aunque con distintos resultados en función de las cepas caprinizadas utilizadas en cada caso y área geográfica, extendiéndose su uso a partir de 1941²¹. En 1944 el veterinario y virólogo americano Richard Shope desarrolló una vacuna utilizando huevos de gallina para la atenuación y producción del virus²². Walter Plowright introdujo la producción de vacuna en cultivos celulares en 1960²³. A finales de los años ochenta del siglo XX, el veterinario Jeffrey C. Mariner y su equipo lograron, a partir de la vacuna de Plowright, una nueva, termolabile²⁴, lo que permitió afrontar la recta final de la inmunización de la cabaña africana como paso previo a la declaración de su erradicación en 2011.

La vacuna contra la glosopeda fue desarrollada por Otto Waldmann y Karl Köbe en el Instituto Friedrich-Loeffler de Riems (Alemania) a finales de los años treinta del siglo XX, y ha sufrido posteriores mejoras²⁵. Su uso ha permitido que Europa, América y otras amplias regiones del mundo estén libres de la enfermedad o libres con vacunación.

Por hacer una referencia a los animales de compañía, cabe destacar la vacuna desarrollada a principios de los años ochenta contra la parvovirus canina en el Baker Institute for Animal Health después de que el virus fuera aislado en 1979 por los veterinarios Leland Carmichael (1930-2020) y Max Appel²⁶.

Saneamiento ante las enfermedades infecciosas

A lo largo del siglo XXI se han presentado una serie de enfermedades infecciosas, algunas de ellas desconocidas con antelación. La más notoria probablemente ha sido la influenza que, aunque lejos del impacto de la pandemia del 18 del siglo XX, ha creado varios episodios de gran alarma mundial y que ha generado programas de control en las poblaciones aviares domésticas y salvajes. La Encefalopatía Espongiforme Bovina, por su novedad y por la excepcionalidad de su agente causal implicó una total transformación y concreción de los textos legales relacionados con los sistemas de control de las enfermedades animales y los alimentos. La enfermedad se controló con estrictas medidas de saneamiento, bioseguridad y de vigilancia epidemiológica en el campo y los mataderos, contando con el concurso de los laboratorios de patología animal.

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) provocado por el SARS-CoV-1 pudo ser controlado mediante la aplicación de medidas de bioseguridad,

incluidas la restricción de movimientos y el control de fronteras. Algunas enfermedades como la fiebre del Oeste del Nilo o la lengua azul en los rumiantes se han expandido a la par que los insectos vectores que participan en sus ciclos alcanzan cada vez áreas geográficas más amplias como consecuencia del cambio climático y la globalización. Medidas de saneamiento, incluidos los sacrificios preventivos, se han utilizado en Europa de forma continua en las campañas de erradicación de enfermedades animales como la tuberculosis y la brucelosis, pero también en el control de brotes de enfermedades emergentes o reemergentes como fue el caso de la glosopeda (Reino Unido, 2001) influenza aviar y porcina, SARS-Cov-2 en visones (Dinamarca y otros países europeos, 2020) o Peste Porcina Africana. Las medidas de bioseguridad son fundamentales para el control de enfermedades para las que no se disponga de vacunas o éstas no se puedan aplicar por razones epidemiológicas como es el caso de la Peste Porcina Africana o la viruela ovina.

Conclusiones

El abordaje de las enfermedades animales debe acometerse desde la perspectiva de una sola salud, teniendo en cuenta su carácter dinámico, la interrelación de los procesos que afectan a las distintas especies animales y a los humanos, y a la vista de la influencia de las circunstancias medioambientales y sociales en su desarrollo.

Afortunadamente, la combinación de las medidas de saneamiento, incluidos los sacrificios preventivos y el aislamiento entre focos y poblaciones sensibles, así como la vacunación constituyen herramientas fundamentales y muy eficaces para la lucha contra las epizootias en las que los veterinarios mantienen un alto nivel de cualificación y eficiencia merced al entrenamiento impuesto por la necesidad de hacer frente a la fluidez de las circunstancias debidas a continuos nuevos brotes de enfermedad causados por distintos agentes en distintos hospedadores.

Bibliografía

1. Arenas A. Información Veterinaria nº 3 2018. Pág. 9
2. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc. Lond B Biol. Sci.* 2001 Jul 29;356(1411):983-9. 2001.
3. Sanz Egaña, C. Historia de la Veterinaria Española. Albeitería, Mariscalería, Veterinaria. ESPASA CALPE, SA. Madrid 1941.
4. Luis Carlos Villamil J. 250 años de educación veterinaria en el mundo. *Revista de Medicina Veterinaria.* Año 2011, Número 21. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-93542011000100001
5. Salvador, A. Nacimiento de la primera escuela de veterinaria en España. <https://historiadela veterinaria.es/wp-content/uploads/Murcia-enero-2010.pdf>

6. Spinage, C.A. CATTLE PLAGUE. A History. Springer Science & Business Media, 2003. Págs.103-160.
7. Pedersen, K.P.; Cattle Plague and Rural Economy in 18th Century Funen. https://www.academia.edu/1537652/Cattle_Plague_and_Rural_Economy_in_18th_Century_Funen?auto=download&email_work_card=download-paper
8. Bates, T. A Brief Account of the Contagious Disease Which Raged among the Milch Cows Near London, in the Year 1714. And of the Methods That Were Taken for Suppressing It. Communicated to the Royal Society by Thomas Bates Esq; Surgeon to His Majesties Houshold, and R. S. S. Philosophical Transactions (1683-1775) Vol. 30 (1717 - 1719), pp. 872-885 (14 pages) <https://www.jstor.org/stable/103337>
9. Cordero del Campillo, M. Desarrollo histórico de la medicina preventiva. CRIN EDICIONES S.L. Depósito legal: B-4791
10. VALLAT, François. Les boeufs malades de la peste : La peste bovine en France et en Europe (XVIIIe-XIXe siècle). Nouvelle édition [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2009 (généré le 16 octobre 2019). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/pur/101867>>. ISBN: 9782753566811.
11. Vicq d'Azyr, F. Exposé des moyens curatifs et préservatifs qui peuvent être employés contre les maladies pestilentiennes des bêtes à cornes. Divisé en trois parties. https://archive.org/details/BIUSante_38896/page/93/mode/2up
12. Mañé Seró, MC., Vives Vallés, MA. España y Francia, medidas diferentes ante la misma epizootia de peste bovina en el siglo XVIII. INFORMACIÓN VETERINARIA. Abril. 2012
13. MEMORIAS SOBRE LA EPIZÓTIA, TRADUCIDAS AL CASTELLANO, E IMPRESAS DE ORDEN DE LA SUPREMA JUNTA DE SANIDAD. TOMO 1 EN MADRID POR DON ANTONIO DE SANCHÀ. AÑO DE MDCCLXXXVII,
14. Taylor W.E., Gibbs E.P.J., Bandyopadhyay S.K., Pastoret P-P, Atang P. (2022). - Rinderpest and its eradication. Paris, OIE and FAO, 816 p. (DOI: <https://doi.org/10.20506/9789295115606>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Page. 59-66
15. Taylor W.E., Gibbs E.P.J., Bandyopadhyay S.K., Pastoret P-P, Atang P. (2022). - Rinderpest and its eradication. Paris, OIE and FAO, 816 p. (DOI: <https://doi.org/10.20506/9789295115606>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Page14.
16. OIE. Organización Mundial de Sanidad Animal. Boletín 2011-02. Une breve historia de la peste bovina. <https://www.woah.org/app/uploads/2021/03/bull-2011-2-esp.pdf>
17. Muñiz, H. Pasteur. Ediciones Palabra S.A. Madrid, 1992.
18. Gutiérrez García, J.M. LA TUBERCULINA: SU DESCUBRIMIENTO Y RECEPCIÓN EN ESPAÑA. https://ddd.uab.cat/pub/poncom/2005/145603/conna-chisvet_a2005p279.pdf
19. Galán Torres, J.A. Calmette, Guérin y la BCG <https://racve.es/files/2018/11/2018-11-05-Resumen-D.-Juan-Alberto-Galan-Torres.-Camette-Guerin-y-la-BCG.pdf>
20. Dorneles, EMS., Sriranganathan, N., and Lage, AP. Recent advances in Brucella abortus vaccines. Veterinary Research (2015) 46:76 DOI 10.1186/s13567-015-0199-7
21. C. Mariner, J.C.; House, J.A.; Mebus, C.A.; Sollod, A.E.; Chibeu, D.; Jones, B.A.; Roeder, P.L.; Admassu, B.; Van 't Klooster. GGM. Rinderpest Eradication: Appropriate Technology and Social Innovations September 2012 Science 337(6100):1309-12 DOI:10.1126/science.1223805
22. Andrewes, C. Richard Edwin Shope 1901—1966. A Biographical Memoir. National Academy of Sciences. 1979. <https://www.nasonline.org/publications/biographical-memoirs/memoir-pdfs/shope-richard.pdf>
23. Biggs, P.M. Walter Plowright. Biogr. Mems Fell. R. Soc. 56, 341–358 (2010). <https://royalsocietypublishing.org/ on 17 February 2023>
24. Roeder P, Mariner J, Kock R. 2013 Rinderpest: the veterinary perspective on eradication. Phil Trans R Soc. B 368: 20120139. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2012.0139>
25. Friedrich-Loeffler-Institut (FLI). <https://www.fli.de/en/about-us/historie/fliriems/?amp%3BL=524&cHash=6cb1e3a5199209b701a4c8035bd4574c>
26. Philip B. Carter, PB. Carmichael, LE. Modern veterinary vaccines and the Shaman's apprentice. November 2003 Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases 26(5-6):389-400. DOI:10.1016/S0147-9571(03)00022-5.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2023;120(4):156-162

Reilusionar a la princesa del estado de bienestar

Nuño-Solinís Roberto^a, Ortún-Rubio Vicente^b

a) Universidad de Deusto. Deusto Business School. Bilbao, España.

b) Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, España.

Recibido el 23 de junio de 2023; aceptado el 25 de junio de 2023

PALABRAS CLAVE

Reforma de Sistemas de Salud.
Calidad asistencial.
Acceso y evaluación.

Resumen:

En este artículo se consideran tanto problemas comunes con otros países europeos como problemas específicos de España para plantear líneas de actuación convenientes y algunos cambios concretos que contribuyan a dibujar un escenario más ilusionante para nuestro Sistema Nacional de Salud (*"La princesa del estado de bienestar"*). Entre los desafíos comunes, se destaca el reto epidemiológico y demográfico y el estancamiento de la productividad aparente; y, entre los específicos, la funcionarización de las relaciones laborales, el desaprovechamiento de fórmulas para flexibilizar la gestión, la falta de una gobernanza competente de la colaboración público-privada, el deterioro de la Atención Primaria y el riesgo de evolucionar hacia una sanidad dual en función de niveles de renta.

Se muestra que reilusionar a la princesa del estado de bienestar no va a ser tarea fácil, va a requerir nuevas narrativas, consensos y alianzas y mucha dosis de buen gobierno (imparcialidad, calidad regulatoria, efectividad gubernamental, control de la corrupción, respeto a la ley), fortalecer la Atención Primaria, así como recuperar la gestión clínica y sanitaria desde la confianza en el profesionalismo y dentro de marcos propiciadores de la integración asistencial y de la creación de valor para individuos y poblaciones.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Osasun-sistemak eraberritzea.
Asistentziaren kalitatea.
Sarbideta ebaluazioa

Ongizate estatuko printzesa birilusionatzea

Aurrekariak eta helburua:

Artikulu honetan Europako beste herrialde batzuekiko arazo komunak eta Espainiako berriazko arazoak hartzen dira kontuan, gure Osasun Sistema Nazionalarentzat (*"Ongizate-estatuaren printzesa"*) egoera ilusionagarriagoa marrazten lagunduko duten jardueraraino egokiak eta aldaketa zehatz batzuk planteatzeko. Erronka komunaren artean, erronka epidemiologiko eta demografikoa eta itxurazko produktibitatearen geldialdia nabarmentzen dira; eta, espezifikoen artean, lan-harremanen funtzionarizazioa, kudeaketa malgutzeko

formulen aprobexamendua galtzea, lankidetzeta publiko-pribatuaren gobernantza eskudunik eza, Lehen Mailako Arretaren nariadura eta errenta-mailen araberako osasun duale-rantz eboluzionatzeko arriskua.

Erakusten da printzesa ongizate-estatuaz berilusionatzea ez dela lan erraza izango, narratiba, adostasun eta aliantza berriak eskatuko dituela, eta gobernu onaren dosi handia (inpartzialtasuna, erregulazio-kalitatea, gobernu-eraginkortasuna, ustelkeriaren kontrola, legearekiko errespetua), Lehen Mailako Arreta indartzea, bai eta kudeaketa klinikoa eta sanitarioa berreskuratzea ere, profesionalismoarekiko konfiantzatik abiatuta eta asistentzia integratzeko eta gizabanakoentzako eta biztanleentzako balioa sortzeko esparru bultzatzaileen barruan.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Empowering the Princess of the Welfare State

Abstract:

In this article, both common problems with other European countries and specific problems in Spain are considered in order to propose appropriate lines of action and some specific changes that contribute to drawing a more exciting scenario for our National Health System ("The princess of the Welfare State"). Among the common challenges, the epidemiological and demographic challenge and the stagnation of apparent productivity stand out; and, among the specific ones, the rigidity of labor relations, the wastage of formulas to make management more flexible, the lack of competent governance of public-private collaboration, the deterioration of Primary Healthcare and the risk of evolving towards a two-tier health care system, are particularly relevant.

It shows that reillusioning the princess of the Welfare State is not going to be an easy task, it is going to require new narratives, consensus and alliances and a large dose of good governance (impartiality, regulatory quality, government effectiveness, corruption control, respect for the law), strengthen Primary Care, as well as recover clinical and health management based on trust in professionalism and within frameworks that promote care integration and the creation of value for individuals and populations.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Healthcare reform.
Health Care Quality.
Access, and Evaluation.
Spain.

Introducción

La financiación pública, con impuestos y cotizaciones, del Sistema Nacional de Salud (SNS) es la que permite atender las necesidades de salud según criterios clínicos y sanitarios. Sin financiación pública la atención sanitaria se guiaría por la disposición a pagar de los ciudadanos. Para que un sistema sanitario financiado públicamente, como el SNS, sea sostenible es preciso que ofrezca capacidad resolutoria a toda la población, la cual, con su voto, apuesta por el mantenimiento, y consolidación, de esa conquista de la humanidad que se llama estado de bienestar (EB) siempre que esté satisfecha con sus prestaciones. La razón fundamental para financiar públicamente servicios de salud es la eficiencia: la atención a la necesidad clínica y sanitaria más que a las veleidades de la disposición a pagar. El factor de sostenibilidad del componente sanitario del EB es una cartera de servicios sensata establecida considerando el coste-efectividad de las prestaciones, su impacto presupuestario y las preferencias sociales, entre ellas el acceso equitativo a las prestaciones y servicios del sistema. Ofrecer esa capacidad resolutoria a poblaciones com-

pletas requiere adaptaciones a los problemas que se presentan y aprovechar las oportunidades que así mismo van surgiendo.

En este artículo se consideran tanto problemas comunes con otros países europeos como problemas específicos de España para plantear líneas de actuación convenientes y algunos cambios concretos que contribuyan a dibujar un escenario más ilusionante para nuestro Sistema Nacional de Salud ("*La princesa del estado de bienestar*"¹). Previamente, se arranca con una imprescindible mención al contexto post-pandémico con una reflexión sobre cómo los sistemas de salud han gestionado la Covid-19 y algunos aprendizajes relevantes de esa gestión.

El contexto: la respuesta de los sistemas de salud a la Covid-19

A principios de mayo 2023, la OMS ha anunciado el fin de la emergencia sanitaria por Covid-19. Oficialmente, casi siete millones de muertes en el mundo y, algo más de 20 según estimaciones solventes que la propia OMS acepta². A esta última cifra se llega calculando el exceso de mortalidad: la diferencia entre

muerres observadas por todas las causas en relación con las normalmente esperables. En una pandemia, las muertes aumentan considerablemente, pero las causas a menudo se registran de manera incorrecta, en particular cuando no se dispone ampliamente de pruebas confiables. Por lo tanto, el recuento de muertes atribuido a Covid-19 puede estar significativamente subestimado. Los datos de exceso de mortalidad superan dos problemas al informar las muertes relacionadas con Covid-19. Se evita el cálculo erróneo de diagnósticos erróneos o la notificación

insuficiente de muertes relacionadas con Covid-19. Los datos de exceso de mortalidad incluyen "daños colaterales" de otras condiciones de salud, que no se tratan si el sistema de salud se ve abrumado por los casos de Covid-19, o por acciones deliberadas que priorizan a los pacientes con Covid-19 sobre aquellos con otros síntomas.

Otra aproximación ilustrativa al impacto de la pandemia es la que calcula la pérdida, en meses, de la esperanza de vida al nacer registrada durante los años 2020 y 2021 que recoge la Tabla I.

Tabla I

Meses perdidos en esperanza de vida al nacer en los años 2020 y 2021 (países seleccionados). Fuente: elaborado a partir de Schöley, J. et al³.

País	Esperanza de vida perdida (en meses)
	2019-2021
Bulgaria	-43
Estados Unidos	-28,2
Polonia	-26,6
Chile	-21,1
Grecia	-15,5
Inglaterra y Gales	-9,3
Portugal	-7,6
Italia	-7,4
Holanda	-7,4
España	-7,4
Alemania	-5,7
Francia	-1,2
Suiza	-0,5
Dinamarca	-0,4
Noruega	1,7

En la Tabla I aparecen algunos países ordenados de mayor a menor pérdida durante a lo largo de los años 2020 y 2021. Lidera -este ranking desafortunado- Bulgaria con una pérdida de 43 meses, seguido a poca distancia de EUA con 28,2 meses (dos años y cuatro meses). Holanda y España 7,4 meses, y Alemania 5,7. Ciertamente las cifras de la tabla han de ser ajustadas por otras variables, pero una importante no afecta ya que todos los países de la Tabla I han compartido la llamada Red Zone Strategy, de mitigación donde el "grifo" de las restricciones a la movilidad e interacción humanas se abre y cierra en función de la tasa observada de incidencia y de la ocupación de camas hospitalarias. En Europa,

la Green Zone Strategy, implementada en Australia, Nueva Zelanda, China, Japón, Corea del Sur, Islandia, Taiwán, China, Vietnam, Singapur y algunos estados-islas y caracterizada por la supresión⁴ no tuvo países seguidores privando de un elemento de comparación en contextos más equiparables.

Si evitamos el sesgo retrospectivo a la hora de juzgar la gestión de la pandemia en España, y a la espera de dictámenes y publicaciones sobre el tema que van a llegar con una demora excesiva, puede acordarse que dicha gestión fue razonable pese a la disparidad de resultados entre CCAA. La excepción más reseñable fue la gestión de la primera ola en las residencias. Tal y como han mostrado Oliva y Longobardo⁵

indicando que el exceso de fallecimientos en las residencias fue 26.448 personas entre marzo de 2020 y mayo de 2021 (un 10,6% del total de las personas dependientes atendidas en residencias, con un exceso de mortalidad del 43,5%), concentrándose las muertes en los primeros meses de la pandemia. Sin olvidar otros efectos como los que afectan a la salud mental y la calidad de vida de residentes, familiares y personal de las residencias. A nivel comunitario, mejoró claramente la capacidad de gestión macro con los estados de alarma entre marzo de 2020 y mayo 2021. Las estrategias de test, rastreo y aislamiento, esenciales antes de las vacunas, fueron de efectividad muy diversa entre CCAA, pese a su elevada coste-efectividad (siete euros de gasto sanitario ahorrados por cada euro gastado)⁶.

En la gestión hospitalaria, flexibilizada la gestión de recursos humanos y parcialmente liberada de la Ley de Contratos del Sector Público, mostró una extraordinaria capacidad de reorganizar centros –tanto para enfermos Covid como no-Covid- estableciendo nuevos circuitos. Se crean comités de crisis multidisciplinares, colaboran diversos perfiles profesionales, y aparecen nuevos liderazgos.

En la gestión de la atención primaria, la que atendió los millones de personas, hubo más precariedad: presenta menor diversidad profesional, autonomía más limitada y mayor falta de recursos. Como la hospitalaria, impulsó el uso de la telemedicina y el empleo de los sistemas de control de gestión para anticipar la respuesta a la evolución previsible de la pandemia. Importantes diferencias entre CC.AA. a la hora de atender residencias de personas mayores y dependientes o en la implantación de estrategias de rastreo y seguimiento, una vez desbordadas las estructuras de Salud Pública.

Puede afirmarse que la gestión de la pandemia constituyó un auténtico alarde de profesionalismo clínico y gestor (se descubre que la gestión importa⁷). En la actualidad, restablecida la falta de autonomía profesional y atenuado tal vez el sentido de misión que la “*trinchera*” había proporcionado parece haberse instalado un cierto desánimo entre profesionales y gestores.

¿Hará falta otro estado de alarma para gestionar la esclerosada sanidad española?, ¿la capacidad de innovación organizativa se activa únicamente en situaciones de emergencia?... son múltiples las cuestiones que emergen de un análisis del abordaje de la pandemia.

Problemas y desafíos del SNS

Nuestro SNS comparte con los sistemas de salud de otros países europeos la explosión de la demanda y el estancamiento de la productividad aparente. En un SNS sin barreras económicas, físicas, administrativas ni demasiadas de índole cultural, constituye demanda la necesidad expresada. Esa necesidad expresada que reflejan las estadísticas de morbilidad y que in-

debidamente aceptamos como necesidad cuando la morbilidad no es más que un indicador de utilización: el encuentro entre una oferta y una necesidad expresada. Sin hospitales, no hay morbilidad hospitalaria. De ahí la importancia de la gestión de la utilización a través del control de oferta, recursos físicos y humanos, que la planificación puede proporcionar, o de la orientación del sistema hacia la atención primaria.

El reto demográfico es el mayor desafío para el SNS y para todo el EB en la que va a ser la sociedad más envejecida del planeta⁸. La esperanza de vida al nacer ha aumentado ocho años en los últimos 40 como han aumentado también los años de vida vividos con discapacidad por mucho que la morbilidad se comprima. Mientras la industria recluta científicos que trabajan en envejecimiento y se habla de vivir 120 años, en Francia la V República corre peligro pues la mayoría poblacional no quiere trabajar más allá de los 62 años. En este contexto, parece muy conveniente reflexionar sobre si llevamos una senda digna, independiente y sostenible hacia la eventual fragilidad y dependencia. Amartya Sen⁹ ya constató en 1992 la paradoja de la contradicción entre indicadores objetivos de salud que mejoran e indicadores subjetivos que empeoran. Ciertamente el cáncer se cronificará, tal vez el 70% de los cánceres ya en 2030; dando más tiempo para que se instalen otras condiciones crónicas como las neurodegenerativas contribuyendo a aumentar una carga epidemiológica que -en estos momentos- se caracteriza porque más del 90% de la morbimortalidad es atribuible a condiciones crónicas¹⁰. Ezekiel Emmanuel ya suscitó un debate en esta línea explicando por qué quería morir a los 75 años¹¹. Posiblemente no tuvo en cuenta un párrafo de su propio artículo donde recuerda que las personas adaptamos nuestras expectativas a la disminución de capacidades físicas y mentales.

La Productividad aparente estancada es el otro problema compartido. Recordemos que debido al efecto Baumol¹² el aumento en la densidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas por proceso señala caídas de productividad aparente. Solo cuando se miden Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) resultantes de la atención sanitaria, y más si se valoran según disposición a pagar, se consigue un cuadro más risueño de aumento de productividad. En promedio, los AVACs valen lo que cuestan, compatible -eso sí- con importantes bolsas de inadecuación, tanto por sobreutilización como por infrautilización¹³.

Entre los problemas específicos, la pandemia ha permitido testar la inadecuada preparación del sistema frente a un fenómeno de esa magnitud con una insuficiente dotación en el ámbito de una Salud Pública muy precariamente coordinada con los servicios asistenciales, así como otras problemáticas que las acríticamente asumidas bondades de la globalización nos habían impedido prevenir, como la necesidad de garantizar cadenas de suministros y asegurar depósitos estratégicos.

Entre los problemas específicos que se arrastraban cabe destacar las manifiestas insuficiencias del carácter funcional de las relaciones contractuales: Un Estatuto Marco del 2003 en la onda de los años sesenta del pasado siglo, una evaluación que no acaba de ser plena ni en cartera de servicios ni en los experimentos con gaseosa.

Se desgastan conceptos al aplicarlos mal: sea el de colaboración público-privada sea el de competencia por comparación en calidad. El marco legal para la contratación con el sector privado ofrece menús suficientes, y afortunadamente homogéneos dentro de la Unión Europea (UE), con antecedentes sanitarios que no descartan un buen uso de ese marco¹⁴. Pesa mucho, no obstante, la experiencia disponible sobre la poco competente manera de contratar grandes infraestructuras con gran impacto en la opinión pública¹⁵, con diversos ejemplos donde los beneficios conseguidos en la construcción compensaron sobradamente las pérdidas del escaso capital privado aportado por las concesionarias (depósito Castor, túnel de El Pertús y radiales de Madrid). Las pérdidas públicas han sido, en cambio, formidables. El sector sanitario no ha sido ajeno a rescates también de ciertas experiencias concesionales. Estos fracasos han servido para etiquetar como privatizadora cualquier experiencia con modelos alternativos, tanto de CPP como netamente públicos (empresas públicas, fundaciones, etc.), pese a la base de evidencia en soporte de que la capacidad de gestión y la personalidad jurídica propia favorecen la eficiencia de las organizaciones sanitarias¹⁶⁻¹⁷. Pese a lo cual, asistimos a un proceso de uniformización y de retorno al derecho administrativo en prácticamente todas las CCAA y con independencia del partido gobernante. Así, el modelo concesional valenciano se extingue paulatinamente y Andalucía ha renunciado casi totalmente a disponer de personalidades jurídicas diversas en sus organizaciones sanitarias. Existen diversos ejemplos acerca de cómo la competencia entre centros sanitarios y profesionales mejora la calidad de la atención en sistemas financiados públicamente como en Suecia¹⁸.

En cualquier caso, la competencia por comparación requiere nivelar el terreno de juego a riesgo de que se produzca un trasvase masivo de pacientes en todas las actividades desde los hospitales públicos tradicionales hacia los gestionados privadamente como ha sucedido en la red de utilización pública del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) debido a un esquema de incentivos que lo ha propiciado¹⁹. Sorprende la escasez de evaluaciones detalladas de esta experiencia de Área Única. Así, una evaluación reciente²⁰ analiza el “*experimento natural*” que tuvo lugar dentro del SNS español en 2009 por el que los ciudadanos de la Comunidad de Madrid podían elegir libremente cualquier médico de cabecera y otros especialistas de su región convertida en un área unificada. El análisis empírico se realizó con datos del

período 2002-2016 y utilizó técnicas de control sintético. Los hallazgos muestran una reducción de los tiempos medios de espera quirúrgica y un aumento de satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria. La necesaria nivelación del terreno de juego requerirá que los hospitales de gestión directa tengan flexibilidad presupuestaria y tengan incentivos tanto para atraer pacientes como para no perderlos.

Al hilo del primer nivel de atención, el malestar y deterioro de la Atención Primaria (AP) es uno de los dos problemas más importantes para la sostenibilidad del SNS y afecta a todas las CCAA. Revertir esa situación es fundamental, pues es el único componente de la atención sanitaria cuyo aumento en la oferta mejora tanto salud como equidad²¹. Aunque hablar monográficamente de AP, es reproducir modelos mentales basados en silos. Hay que transitar a modelos integrados de base poblacional. Así, la integración asistencial se hace más necesaria a medida que la sociedad envejece. El abordaje de la cronicidad no permite soluciones «*fabriles*», sino «*artesanas*», y una financiación capitativa de organizaciones integradas podría, en el marco de autonomía de la gestión, contribuir a mejoras sustanciales. La financiación capitativa es un acicate para la integración, y esta proporciona longitudinalidad del cuidado, evitando las prácticas de derivación inapropiada y sobre-prescripción, el hacer por hacer y la competencia entre niveles que caracteriza a los sistemas fragmentados. Una organización sanitaria autónoma, bajo una política consistente, gestiona la utilización orientándose hacia la coordinación entre niveles tanto sanitarios como sanitario-sociales.

El segundo problema más importante es el del voto con los pies, la huida hacia la financiación privada que amenaza con un regreso al sistema benéfico-privado del que partimos hace unas décadas. Hace quince años que hemos dejado escrito que España tiene un buen sistema sanitario, pero con mal pronóstico²². Ese pronóstico está empeorando claramente: entre 2009 y 2014 el porcentaje de financiación pública del gasto sanitario pasó del 75,4% al 70,3%; y los seguros sanitarios privados vienen experimentando un rapidísimo crecimiento desde la Gran Recesión. Nuestro sistema sanitario tiene el riesgo de evolucionar hacia un sistema dual en función de la renta. Argumentamos esta situación en mayor profundidad, pues es clave para no perder la “*esencia del sistema*”²³.

Hasta el año 2009, España siguió la tendencia internacional de aumento continuado del gasto sanitario. En este contexto, los fondos destinados a la sanidad pública experimentaron durante muchos años una tasa de crecimiento continuada y muy superior a lo que marcaba la evolución del PIB. Solo a partir del año 2010, ante las enormes dificultades del Gobierno español para cuadrar las cuentas públicas y las exigencias de la Unión Económica y Monetaria en un entorno de crisis, se invierte el patrón, con caídas

del gasto superiores a las del PIB, y una recuperación posterior más lenta que la de la actividad económica general en algunos años (2014, 2016 y 2017) (ver

Figura 1). Esta moderación del gasto sanitario desaparece en 2018 y ha quedado pulverizada a raíz de la pandemia.

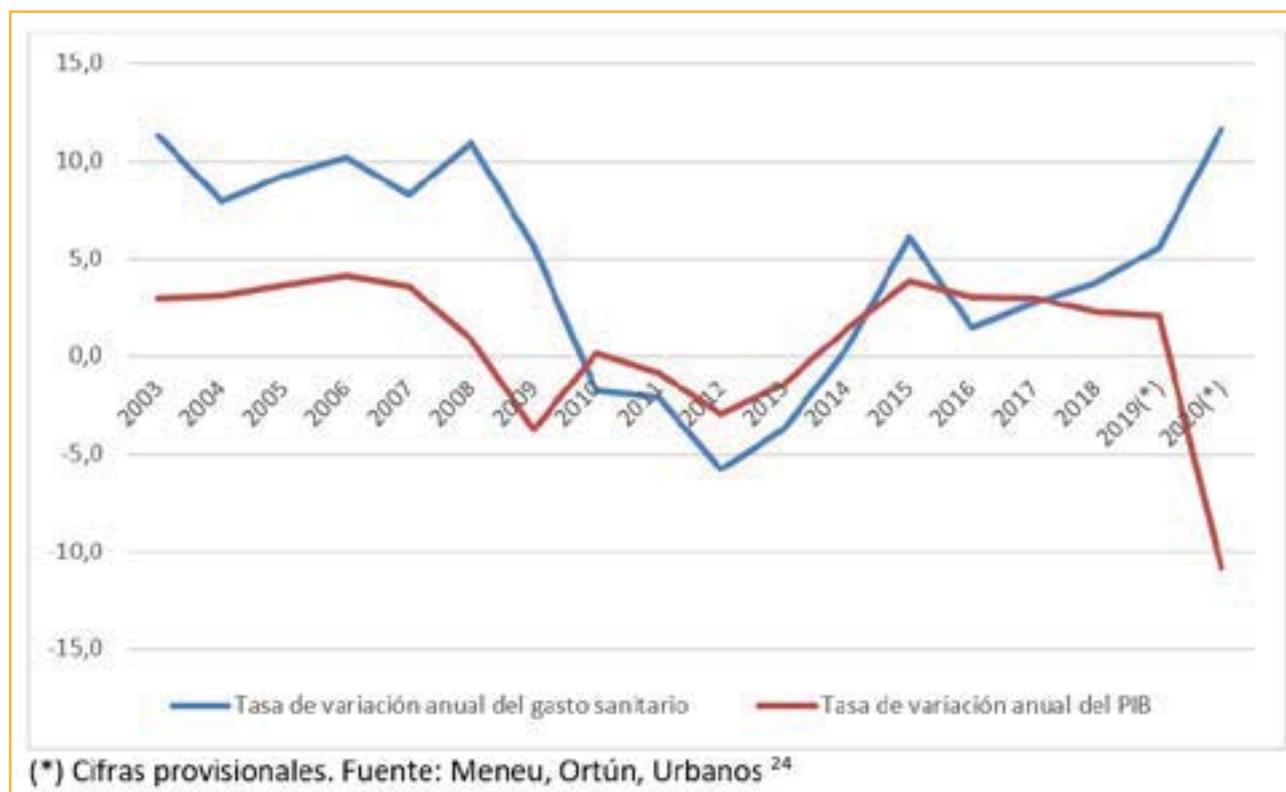


Figura 1. Evolución interanual del gasto sanitario público y el PIB en el período 2003-2020 (%).

Otra de las tendencias destacables que se ha producido en los últimos años en lo que a gasto sanitario se refiere, es el cambio en la proporción que los componentes público-privado representan en el conjunto. Si bien hasta el año 2009 se registró una tendencia al aumento del componente financiado por las Administraciones Públicas (hasta alcanzar más de las tres cuartas partes del gasto total), a partir de ese momento comienza a perder peso en favor del gasto privado. En apenas un lustro, entre 2009 y 2014, la proporción de gasto público descendió del 75,4% al 70,3%. Pese a cierto repunte posterior, vuelve a descender a partir de 2016 hasta situarse en un discreto 70,7% en 2019, algo por detrás de la media de la Unión Europea (71,7%), y muy por debajo de países como Luxemburgo o de cualquiera de los países nórdicos, que superan el 80% sobre el total. Solo como consecuencia de la crisis de la COVID-19 el porcentaje ha vuelto a incrementarse hasta el 73,5%, similar al que se registró en 2011.

Afortunadamente, los niveles de protección financiera que proporciona nuestro SNS siguen siendo comparativamente muy elevados. Un informe reciente

analiza cómo, a pesar del empeoramiento sufrido durante los años de la Gran Recesión, la incidencia del denominado “gasto sanitario catastrófico”, (esto es, la proporción de hogares que realizan pagos directos en salud superiores al 40% de su capacidad de pago, una vez satisfechas sus necesidades básicas), sigue siendo reducida, alcanzando apenas al 1,6% de los hogares españoles²⁵. Este porcentaje es mucho menor al que se esperaría teniendo en cuenta que la proporción que los pagos directos representan sobre el gasto sanitario total en España es relativamente elevada en comparación con países próximos como Francia, Alemania, Irlanda, Reino Unido y Suecia, entre otros

Como medida del progreso económico y social, el bienestar supera a la mortalidad cuyos determinantes conocemos²⁶. Centrarse en el bienestar de la población, presente y su sostenibilidad en el tiempo, medir los servicios no tanto por los gastos sino por sus resultados, otorgar más importancia a la distribución de los ingresos, del consumo y de la riqueza, contabilizar actividades no mercantiles como las domésticas y el tiempo libre, valorar la calidad de vida

en todas sus dimensiones... Aproximaciones prácticas han sido el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, desde 1990, y el Better Life Index de la OCDE, situadas entre el insuficiente PIB y la excesiva FIB (Felicidad Interior Bruta) de Bután.

La financiación pública del gasto sanitario es lo que permite atender a la población según necesidad clínica o sanitaria posibilitando la eficiencia asignativa, la consecución de la mayor cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles. Atender la demanda solvente lleva a dedicarse, en ocasiones, a tratamientos de bajo valor, incluso inadecuados, obviando tratamientos efectivos a aquellos con escasa disposición a pagar.

Estas razones de eficiencia son más permanentes, sólidas e independientes de ideologías que los conceptos de equidad. Se basan en el teorema de Rothschild-Stiglitz²⁷ que muestra como la selección adversa impide un mercado eficiente salvo que salga a cuenta asegurar el mayor riesgo. En la realidad, y es una cuestión empírica, en un año cualquiera más de la mitad del gasto sanitario se concentra en población que no pertenece a colectivos de población ocupada asegurable. Queda la alternativa de seguro público obligatorio universal como único eficiente.

En definitiva, la consecución de esa conquista de la humanidad llamada estado de bienestar necesita participación mayoritaria. La votación con los pies hacia el aseguramiento privado recuerda que se ha de revertir la tendencia a la disminución del porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente para que se mantenga la asignación de recursos según necesidad clínica o sanitaria, así como potenciar la capacidad resolutoria orientando el sistema de cuidados hacia la atención primaria²⁸. Por tanto, Sanidad financiada públicamente, y sobre todo Educación, en la medida que ‘crean’ capital humano, fomentan la ‘pre-distribución’ de renta y riqueza. Además, la Sanidad –especialmente la atención primaria– es redistributiva en España, pro-pobre, notoriamente en el caso de Euskadi²⁹.

Conclusiones

La pandemia ha puesto en valor el profesionalismo, ha retado la resiliencia del sistema y ha mostrado que la gestión importa. Pese al impacto humano y socioeconómico de la misma, ha propiciado innovaciones y aflorado competencias poco perceptibles en el día a día de las organizaciones. Aprender de esa capacidad de cambio y mantener esa agilidad fuera de estados de alarma y situaciones de emergencia son retos clave para afrontar el escenario demográfico, epidemiológico, social y de disrupción tecnológica que va a caracterizar los próximos años. Por otro lado, la pandemia ha puesto de manifiesto la precaria arquitectura institucional del sistema de salud y los problemas de coordinación entre niveles competenciales y asistenciales; en particular, la necesidad de una coordinación efectiva entre salud pública y aten-

ción primaria, junto con la necesidad de desfragmentar el ámbito sociosanitario, donde la falta de integración ha mostrado sus efectos más indeseables en términos de sufrimiento humano en las residencias durante la pandemia.

La sostenibilidad del SNS y de todo el EB en clave de solidaridad intergeneracional requiere un mejor Estado, no tanto más Estado, con riesgo de desfallecer por ser gestionada como un negociado de vados. Un paso adelante más permanente requiere centrarse en la mejora de la gestión pública y en los resultados de salud y bienestar, más que en la actividad sanitaria. Preocupa el “control de la legalidad” (o su apariencia) no la eficacia gestora que hace resolutoria la sanidad y, por tanto, deseable para la población votante. Es urgente la reforma de la Administración pública, también en lo que concierne a la sanidad.

Es necesario revertir la exnovación de modelos alternativos de gestión dentro de la financiación pública ya que pese a la evidencia en favor de la autonomía de gestión se camina en el sentido contrario. El debate sobre privatización cuando se recurre a fórmulas de colaboración público-privada en la provisión hurta la reflexión sobre otras privatizaciones relevantes (Mutualismo administrativo, plaza en “propiedad”, etc.). La colaboración público-privada es un elemento fundamental de la transformación del Sistema, pero plantea retos éticos y regulatorios de gran calado. Vamos a necesitar un Estado con mayor capacidad resolutoria y más democráticamente controlado a través de una sociedad fuerte y movilizadora.

Reilusionar a la princesa del estado de bienestar no va a ser tarea fácil, va a requerir nuevas narrativas, consensos y alianzas y mucha dosis de buen gobierno (imparcialidad, calidad regulatoria, efectividad gubernamental, control de la corrupción, respeto a la ley), fortalecer la Atención Primaria, así como recuperar la gestión clínica y sanitaria desde la confianza en el profesionalismo y dentro de marcos propiciadores de la integración asistencial y de la creación de valor para individuos y poblaciones.

Declaración de autoría

Ambos autores han contribuido a la concepción, diseño, escritura y aprobación de la versión final del presente manuscrito.

Financiación

Sin financiación.

Agradecimientos

A Joseba Vidorreta por impulsar el área de conocimiento de Economía de la Salud en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y propiciar la conferencia de Vicente Ortún (4 de mayo de 2023) que sirvió de inspiración a este artículo.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ortún V. La princesa del estado de bienestar está triste (Sostenibilidad y cambios en el SNS). Health Policy Papers Collection, 2023.
2. UN News. WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency. 5 Mayo 2023. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>
3. Schöley J, Aburto JM, Kashnitsky I, et al. Life expectancy changes since COVID-19. *Nat Hum Behav.* 2022;6(12):1649-1659.
4. González López-Valcárcel B. ¿Rojo o verde? Estrategias óptimas de macrogestión de la Covid. Blog Nada es Gratis, 23 julio 2021. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/rojo-o-verde-estrategias-optimas-de-macrogestion-de-la-covid>.
5. Oliva J, Peña Longobardo LM. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022 [Impact of COVID-19 on long term care: the case of residential facilities. SESPAS Report 2022]. *Gac Sanit.* 2022;36 Suppl 1: S56-S60.
6. González López-Valcárcel B, Vallejo-Torres L. The costs of Covid and the cost-effectiveness of testing. *Applied Economic Analysis.* 2021; 29(85): 77-89.
7. Bloom N, Sadun R, Van Reenen J. Does management really work? *Harv Bus Rev.* 2012;90(11):77-148.
8. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories using data from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 16 October 2018.
9. Sen A. Health: Perception versus observation. *BMJ.* 2002; 324:860.
10. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc).* 2018;151(5):171-190.
11. Emmanuel E. Why I hope to die at 75. *The Atlantic*, octubre 2014.
12. Baumol W, Bowen W. Performing arts, the economic dilemma; a study of problems common to theater, opera, music and dance. Cambridge, Mass: MIT Press, 1968.
13. Ortún V, Varela J. Infra y sobre utilización. ¿Inventando problemas? *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2017; 19(3): 87-9.
14. Meneu R, Urbanos R. La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras. *Cuadernos económicos de ICE.* 2018; 96:35-56.
15. Bel G, Bel-Piñana P, Rosell J. Myopic PPPs: Risk allocation and hidden liabilities for taxpayers and users. *Util Policy* 2017; 48:147-56.
16. Ocaña-Riola R, Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Martín-Martín JJ. Multilevel Zero-One Inflated Beta Regression Model for the Analysis of the Relationship between Exogenous Health Variables and Technical Efficiency in the Spanish National Health System Hospitals. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(19):10166.
17. Franco Miguel JL, Fullana Belda C, Cordero Ferrera JM, Polo C, Nuño-Solinís R. Efficiency in chronic illness care coordination: public-private collaboration models vs. traditional management. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1044.
18. Wohlin J, Fischer C, Carlsson KS, et al. As predicted by theory: choice and competition in a publicly funded and regulated regional health system yield improved access and cost control. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):406.
19. González López-Valcárcel B. Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida. Blog Nada es Gratis, 24 julio. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>
20. Fernández-Pérez A, Jiménez-Rubio D, Robone S. Freedom of choice and Health services's performance: Evidence from a National Health System. *Health Policy.* 2022; 126 (12): 1283-90.
21. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington, DC: The National Academies Press.
22. Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit [Internet].* 2010; 24(3): 254-258.
23. Trapero M, Del Llano J, Nuño-Solinís R. La transformación del sistema de salud para preservar su esencia. Fundación Gaspar Casal, 2023.
24. Meneu R, Ortún V, Urbanos R. La Sanidad en la encrucijada post-Covid. Financiación, organización y gestión. Health Policy Papers Collection, CRES 2023.
25. González-Touya M, Stoyanova A, Urbanos-Garrido RM. COVID-19 and Unmet Healthcare Needs of Older People: Did Inequity Arise in Europe? *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):9177.
26. Puterman E, Weiss J, Hives BA, et al. Predicting mortality from 57 economic, behavioral, social, and psychological factors. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2020;117(28):16273-16282.
27. Rothschild M, Stiglitz J. 1970. Increasing Risk: I. A definition. *Journal of Economic Theory.* Vol 2, 225-243.
28. González López-Valcárcel B, Ortún V. Reconstrucción del sistema sanitario: gobernanza, organización y digitalización. Informe SESPAS 2022 [Rebuilding the healthcare system: governance, organization

- and digitalization. SESPAS Report 2022]. Gac Sanit. 2022;36 Suppl 1: S44-S50.
29. Orueta JF, García-Álvarez A, Alonso-Morán E, Vallejo-Torres L, Nuño-Solinis R. Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision--analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. BMC Public Health. 2013; 13:870.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2023;120(4):163-166

Esperando la próxima pandemia

Erkoreka Anton^a

a) Museo Vasco de la Historia de la Medicina y de las Ciencias (UPV/EHU). Leioa, España.

Recibido el 07 de mayo de 2023; aceptado el 24 de mayo de 2023

Resumen:

Las enfermedades infecciosas que, a finales del siglo XIX, provocaban entre nosotros el 41,3% de los fallecimientos pasaron, cien años después, a finales del siglo XX a suponer sólo el 1,3% de todas las defunciones. Se convirtieron, por lo tanto, en un problema sanitario marginal frente a la gravedad de las enfermedades cardio-vasculares y el cáncer. Pero en estos últimos 25 años, entrados en el siglo XXI, han aparecido nuevas y preocupantes infecciones víricas como la COVID-19 (2020-2023) que, a pesar de su baja tasa de letalidad (1% de los enfermos), ha puesto de manifiesto nuestras debilidades. Las tasas de letalidad de otras pandemias y epidemias víricas recientes han sido muy altas, variando entre el 33% de los enfermos del primer episodio de gripe aviar (H5N1) de Hong Kong (1997), el 9,6% del SARS (2002-2003) y el 34,4% del MERS (2012).

Esta sucesión de las últimas epidemias y pandemias víricas dibujan, en mi opinión, un patrón que nos permite predecir que se repetirán epidemias similares a lo largo de esta década de 2020 y las siguientes. La misma sucesión SARS (2002), MERS (2012) y COVID-19 (2020) sugiere que, en el entorno del 2030, puede aparecer otra gran pandemia provocada por un coronavirus, influenzavirus u otro virus con los mismos efectos demoledores del SARS-CoV-2.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Enfermedades
infecciosas.
COVID-19.
Pandemias.
Epidemias.
Coronavirus.

GILTZA-HITZAK

Gaixotasun infekziosoak.
COVID-19.
Pandemiak.
Epidemiak.
Koronabirusa.

Hurrengo pandemiaren zain

Helburua:

XIX. mendearen amaieran, gure artean, heriotzen % 41,3 eragiten zuten gaixotasun infekziosoek. Ehun urte geroago, XX. mendearen amaieran, heriotza guztien % 1,3 baino ez ziren izan. Beraz, gaixotasun kardiobaskularren eta minbiziaren larritasunaren aurrean arazo sanitario marjinala bihurtu ziren. Baina azken 25 urte hauetan, XXI. mendean sartuta, infekzio biriko berri eta kezkarriak agertu dira, hala nola COVID-19a (2020-2023), zeinak, hilkortasun-tasa txikia izan arren (gaixoen % 1), agerian utzi baititu gure ahuleziak. Oraintsuko beste pandemia eta epidemia biriko batzuen hilgarritasun-tasak oso altuak izan dira: Hong Kongeko (1997) hegazti-gripearen lehen gertakario (H5N1) gaixoen % 33, SARSeko (2002-2003) % 9,6 eta MERSEko (2012) % 34,4.

Azken epidemia eta pandemia birikoen segida horrek, nire ustez, eredu bat marrazten du, 2020ko hamarkada honetan eta hurrengoetan antzeko epidemiak errepikatuko direla iragartzeko aukera ematen diguna. SARS (2002), MERS (2012) eta COVID-19 (2020) segida berak iradokitzen du, 2030. urtearen inguruan, koronabirus batek eragindako beste pandemia handi bat ager daitekeela, SARS-CoV-2 birusaren ondorio eraistaille berberekin.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Diseases
diseases.
COVID-19.
Pandemics.
Epidemics.
Coronaviruses.

Waiting for the Next Pandemic

Abstract:

Infectious diseases, which in the late 19th century accounted for 41.3% of deaths among us, had, a hundred years later, by the end of the 20th century, become only 1.3% of all fatalities. They had, therefore, become a marginal health issue compared to the severity of cardiovascular diseases and cancer. However, in the last 25 years, as we entered the 21st century, new and concerning viral infections like COVID-19 (2020-2023) have emerged, despite their low fatality rate (1% of the infected), exposing our vulnerabilities. The fatality rates of other recent viral pandemics and epidemics have been very high, ranging from 33% of those affected by the first outbreak of avian flu (H5N1) in Hong Kong (1997), 9.6% for SARS (2002-2003), to 34.4% for MERS (2012).

In my opinion, this succession of recent viral epidemics and pandemics outlines a pattern that allows us to predict that similar epidemics will recur throughout this decade of the 2020s and beyond. The same sequence of SARS (2002), MERS (2012), and COVID-19 (2020) suggests that by around 2030, another major pandemic caused by a coronavirus, influenza virus, or another virus with the same devastating effects as SARS-CoV-2 may emerge.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Resumen

El término Globalización designa los cambios económicos, políticos y culturales que se han extendido por toda la tierra desde la segunda mitad del siglo XX, haciendo más permeables las fronteras y, en lo que al campo sanitario se refiere, facilitando la expansión de patologías que anteriormente quedaban acantonados en un territorio o país concreto. A lo largo de la historia de la humanidad, han ido apareciendo periódicamente nuevas enfermedades provocadas por microorganismos que han saltado de especies animales a humanos. Así ocurrió en el neolítico con la domesticación que puso en contacto íntimo a animales domésticos y personas, apareciendo “nuevas enfermedades” en humanos por bacterias, virus o parásitos, por ejm la tuberculosis o la triquina. En el inicio de la llamada Pequeña Edad de Hielo (Little Ice Age), en el siglo XIV,

el frío y el exceso de lluvias provocaron hambrunas e inestabilidad. Seguramente ese evento climático provocó el salto de una bacteria, la Yersinia pestis, desde su reservorio natural (roedores de las estepas de Asia) a los humanos, provocando, en 1348, la Peste Negra en Europa donde mató entre 25 y 33 de sus 75 millones de habitantes e induciendo una sucesión de epidemias que llegaron hasta principios del siglo XVIII.

Con el fin de la Pequeña Edad de Hielo, ese ciclo se cerró, desapareciendo la peste como problema sanitario en Europa para ser sustituida por la viruela en el siglo XVIII y el tifus exantemático, vehiculado por las tropas de Napoleón por toda Europa, en el salto entre los siglos XVIII y XIX. Y entrando en pleno período de la Industrialización, una nueva enfermedad, el cólera, ocasionada por una bacteria, Vibrio chole-

rae, inició su primera pandemia en la India y Sudeste asiático en 1817. Este hecho se achaca también a un evento climático puntual como fue la erupción del volcán Pandora en 1815 y el consiguiente “año sin verano” que provocó desequilibrios medioambientales y hambrunas. Las epidemias de cólera, junto a una enfermedad endémica como la tuberculosis, producida por el Bacilo de Koch o *Mycobacterium tuberculosis*, fueron los grandes problemas sanitarios de la Primera y Segunda Industrialización, en los siglos XIX y XX.

Situación Sanitaria desde finales del siglo XIX

A finales del siglo XIX la principal causa de muerte en toda Europa eran las enfermedades infecciosas, fundamentalmente bacterianas, como se ve en los datos que hemos recogido en el País Vasco (Tabla I). Cien años más tarde, a finales del siglo XX, las enfermedades infecciosas se habían convertido en una causa de muerte marginal y sin importancia. En la actualidad, las enfermedades cardio-vasculares y los cánceres son las principales causas de muerte en Europa y, por supuesto, sus dos principales problemas sanitarios.

Tabla I

Evolución de las principales causas de muerte en el País Vasco entre finales del siglo XIX y finales del siglo XX (Fuente: Archivos civiles y religiosos de diferentes localidades).

Mortalidad en el País Vasco (%)	1890	1920	1990
Enfermedades infecciosas	41,3	45,7	1,3
Cardio-Vasculares	9,7	19,1	43,7
Cáncer	1,7	4,1	29,4
Otras causas	47,3	31,1	25,6

La emergencia de las enfermedades víricas (fin del siglo XX - siglo XXI)

La epidemia de gripe aviar provocada por el virus influenza A(H5N1) en Hong Kong en 1997, marcó un hito en las epidemias y pandemias, fundamentalmente víricas, que han afectado a la humanidad en los últimos 25 años. Tras el fallecimiento de un niño de tres años por este virus que, hasta ese momento, sólo era conocido por provocar epizootias en aves, se tomaron medidas radicales de cuarentena y se mataron todas las aves del territorio. El virus se transmitió de persona a persona, enfermando 18 y falleciendo 6 de los afectados. Es decir, su tasa de letalidad fue del 33%. Desde entonces ha habido numerosos brotes en muchos países del mundo.

En la Tabla II sintetizo las pandemias y epidemias víricas más importantes del último cuarto de siglo. Dejo aparte algunas epidemias muy limitadas en espacio y tiempo, provocadas por nuevos virus desde la segunda mitad del siglo XX, como el ébola (identificada en 1976) que, por término medio, ha provocado tasas de letalidad (TL) del 40%; hendra (1994) con una TL del 57%; nipah (1998) con TL del 77%; marburg (1967) con TL del 80%; zika (1952) y chikungunya (2006) ambas con muy bajas tasas de letalidad. Recordar también la explosión del sida en los países del Primer Mundo desde 1981.

Conclusión

Vivimos en un mundo globalizado, con 8.000 millones

de habitantes que han ocupado y urbanizado amplios espacios naturales, contaminando todo el planeta. Estamos inmersos en un proceso de cambio climático que, como otros anteriores, nos está llevando a un período de gran inestabilidad. Como ha ocurrido con otras pandemias a lo largo de la historia, la de 2020 está provocado un período de inestabilidad económica, financiera, política e incluso una guerra en nuestro propio continente europeo. Todo ello es muy preocupante porque la historia nos enseña que los cuatro jinetes de la Apocalipsis siempre cabalgan juntos.

Además, la sucesión de epidemias y pandemias víricas desde 1997 hasta la actualidad dibujan, en mi opinión, un patrón que nos permite predecir que se repetirán epidemias similares a lo largo de esta década de 2020 y siguientes. La misma sucesión SARS (2002), MERS (2012) y COVID-19 (2020) sugiere que, en el entorno del 2030, puede aparecer otra gran pandemia vírica que tendría los mismos efectos demolidores que ha producido el SARS-CoV-2. Los virus mejor posicionados, en este futuro inmediato, serían un nuevo coronavirus o algún virus influenza (humano o aviar como el H5N1), ambos, en nuestra opinión, con una larga trayectoria histórica de siglos. No debemos descartar algún otro nuevo virus que surja en China o en el corazón de África. En cualquier caso, habría que evaluar las decisiones que se tomaron los primeros meses de 2020 y plantear los escenarios y las medidas que deberemos tomar ante las próximas emergencias sanitarias.

Tabla II

Algunas pandemias y epidemias de los últimos 25 años en el mundo (elaboración propia).

25 AÑOS (1997-2023)	Letalidad
Gripe aviar H5N1 (Hong Kong, 1997)	33%
Gripe aviar H5N1 (Diversos episodios, 2003-2020)	52%
SARS, 2002-2003	9,60%
Gripe A (H1N1), 2009	17,40%
MERS, 2012	34,40%
Gripe aviar H7N9, 2013	39%
COVID-19, (2019) 2020-2023	1%

Bibliografía

1. Kiple, F. (ed): The Cambridge Historical Dictionary of Disease. Cambridge: University, 2003.
2. Benedictow, O.J. The Black Death 1346-1353. The Complete History. Rochester (USA)-Woodbridge (UK): Boydell Press, 2006.
3. Wang H. et al. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. Lancet 2022; 399: 1513-36.
4. Erkoreka, A.; Hernando-Perez, J.; Ayllon, J. "Coronavirus, possible causative agent of the 1889–1894 pandemic". Infectious diseases Reports 2022; 14: 453-469.
5. WHO/OMS: Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (accessed on 6 May 2023).

Comprometidos con tu salud

Descubre nuestra forma de entender la salud, persona a persona.

- Más de 180 hospitales, institutos y centros médicos.
- Más de 40.000 profesionales dedicados a tu salud.
- Todas las especialidades, tratamientos y tecnología médica de vanguardia.
- Concertados con todas las compañías aseguradoras

Para nosotros lo primero es estar cerca de ti con todo lo que pueda necesitar tu salud.

RPS 3/20



Accede online a tus resultados y gestiona tus citas en el área "Mi Quirónsalud" de quironsalud.es, o en nuestra App.

 **quirónsalud**

La salud persona a persona

 Hospital
quirónsalud
Bizkaia

 Hospital
quirónsalud
Vitoria

 Policlínica Gipuzkoa
Grupo  quirónsalud

Cita previa
900 301 013



1895ean sortua / Fundada en 1895

BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO



Una institución libre, independiente, pluridisciplinar y multiprofesional compuesta por profesionales de diversas ciencias de la salud: **Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria.**

Editora de la *Gaceta Médica de Bilbao*, decana de las revistas biosanitarias de España.

La Academia ha desarrollado a lo largo de sus **125 años** de historia una importante labor sociosanitaria de la que han sido principales beneficiarios los ciudadanos de Euskadi. En este tiempo ha aglutinado siempre en torno a sí a lo más granado de la medicina y de las ciencias de la salud del País Vasco.

¿Todavía no eres académico?



¿Cómo ingresar en la Academia?

Basta con acceder a la dirección <http://www.acmbilbao.org/inscripcion-de-academicos/> y rellenar un breve formulario con la solicitud de ingreso, que será valorada por la Junta de Gobierno.

En cuanto a las cuotas, la pertenencia a la Academia es **gratuita para los estudiantes**. La tarifa para los académicos de número es de 60 € al año.



C/ Lersundi, 9, 5.ª planta
48009 Bilbao, Bizkaia

Tel.: +(34) 94 423 37 68

E-mail: academia@acmbilbao.org

<http://www.acmbilbao.org>

¿Qué ofrece?

- Acceder a las **actividades científicas** organizadas por la Academia.
- Formación continuada** acreditada de Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria, con actividades formativas en cada curso académico.
- Acceso a las prestaciones y servicios** de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares. www.academia.cat
- Apoyo y asesoramiento** en metodología de la investigación, bioestadística, epidemiología y lectura crítica.
- Posibilidad de solicitar la **consulta de las bases de datos** de referencias bibliográficas de Osakidetza, en virtud del convenio en vigor con la Academia.
- Realizar consultas telemáticas directas** sobre aspectos científicos con los presidentes de cada sección de la ACMB.
- Acceso a los **actos sociales, culturales e institucionales** que organiza anualmente la Academia: Semana de Humanidades, Semana Médica, actos institucionales de inauguración y clausura del curso académico, premios Dr. José Carrasco – D. Máximo de Aguirre, etc.
- Acceso a la **bibliografía propia** de la Academia a través de su hemeroteca virtual.
- Disfrutar de las ventajas derivadas de los cerca de **medio centenar de convenios** que la ACMB mantiene con instituciones, administraciones públicas, universidades, sociedades y empresas.
- Publicar sus artículos** en la revista científica indexada *Gaceta Médica de Bilbao* (www.gacetamedicabilbao.eus), órgano de expresión de la ACMB.
- Pertenecer a una entidad **multiprofesional** de las ciencias de la salud centenaria, con la raigambre e historia de la Academia.

