GACETA MÉDICA

Enero de 2026

Año XXIV - Nº 974

SOLO PUEDE QUEDAR UNA

Ocho ciudades compiten por ser sede de la esperada Agencia de Salud Pública

Granada, Zaragoza, Barcelona, Oviedo, Toledo, León, Lugo y Murcia pugnan por la nueva institución

P. 5 y Editorial

Los **sanitarios** dan ejemplo en la tragedia de **Adamuz**

La profesión da la talla en uno de los peores accidentes de tren de España

P. 11 y Opinión

Opinión

Adamuz: tragedia ferroviaria y respuesta sanitaria que salva vidas

A CORAZÓN ABIERTO

La tarde del 18 de enero de 2026 quedará grabada en la memoria colectiva. Dos trenes de alta velocidad chocaron en el término municipal de Adamuz (Córdoba). En segundos, un símbolo de progreso y seguridad se convirtió en escenario de devastación: al menos 45 personas fallecidas y más de un centenar de personas heridas; decenas continúan hospitalizadas y una docena en UCI, según datos provisionales de los servicios de emergencia.

Es el accidente ferroviario más grave en España desde el de Angrois (2013) y, por su impacto, el más grave registrado en la alta velocidad. Más allá del imprescindible esclarecimiento técnico y judicial, esta tragedia nos interpela como profesionales y como sistema: ¿cómo respondemos cuando, en minutos, se concentran tantos heridos, tanta incertidumbre y tanto dolor?

La cadena de respuesta: de la llamada al 112 a la cama de UCI

Los minutos posteriores al impacto son críticos. La activación del 112 y del 061 permitió movilizar, de forma escalonada, ambulancias de soporte vital básico y avanzado, helicópteros, dispositivos de protección civil, Guardia Civil y equipos de apoyo psicológico. El acceso complejo obligó a establecer zonas de triaje y estabilización en el terreno: clasificar, priorizar, evacuar y coordinar.

El Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba activó su plan de catástrofes y movilizó a gran parte de su personal para recibir a los heridos más graves, mientras otros centros de la provincia y de Jaén se mantenían en alerta para absorber el resto. La cifra provisional de 125 atendidos, de los cuales 29 siguen ingresados, habla por sí sola del esfuerzo clínico, logístico y humano que ha supuesto esta respuesta.

Paralelamente, el polideportivo municipal se convirtió en hospital de campaña y punto de información, con Cruz Roja brindando apoyo sanitario y psicosocial a supervivientes y familias. Se habilitaron teléfonos específicos y se animó a quienes estaban a salvo a comunicarlo cuanto antes (también en redes) para aliviar la angustia de miles de allegados.

La otra ola: el impacto psicológico y social

Como en cualquier catástrofe, el daño no se limita a los traumatismos visibles. Detrás de cada camilla hay duelo, culpa del superviviente, miedo a volver a viajar. Y los familiares que esperan noticias, los equipos que han trabajado a destajo o quienes han tenido que decidir en condiciones extremas pueden convertirse en "segundas víctimas".

De ahí la importancia de incorporar apoyo psicológico desde el inicio, en el lugar del accidente, en los hospitales y en los centros de coordinación. La experiencia y la evidencia apuntan a que un acompañamiento temprano, organizado y no invasivo puede reducir el riesgo de secuelas emocionales y facilitar la recuperación.

Y la salud pública también incluye la salud mental de quienes cuidan. Tras la fase aguda, conviene ofrecer espacios de revisión postincidente (debriefing), supervisión y apoyo a los profesionales de emergencias y del hospital, para que puedan procesar la trágica experiencia vivida. Adamuz deja, al menos, cuatro lecciones.

José María Martín-Moreno

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia y Director de la Cátedra de Gestión Innovadora para la Salud, de la Fundación Economía y Salud

Lo que hemos hecho bien… y lo que debemos aprender

Primera: preparación y simulacros. La coordinación entre 112, 061, hospitales, protección civil y fuerzas de seguridad no se improvisa; se entrena. Segunda: comunicación clara y canales unificados. Teléfonos para familias, mensajes coherentes y actualizaciones periódicas reducen rumores y ansiedad, aunque siempre hay margen de mejora. Tercera: cooperación interterritorial. Los límites administrativos no pueden ser una barrera ante una emergencia. Cuarta: evaluación sistemática. Superada la fase crítica, será imprescindible una revisión postincidente: qué funcionó, dónde hubo cuellos de botella y qué conviene reforzar para convertir el dolor en aprendizaje.

Profesionales sanitarios: ejemplo en tiempos convulsos

En un contexto social marcado por la crispación y la desconfianza, la respuesta de los profesionales sanitarios y de emergencias recuerda algo esencial: la ética del cuidado sigue siendo un ancla. Médicos, enfermeras, técnicos, psicólogos, celadores, personal de limpieza, voluntarios… muchos con jornadas extenuantes y cansancio acumulado, se han dejado la piel para ofrecer la mejor atención posible. No son héroes de cómic; son profesionales que, una vez más, han ido con la mayor profesionalidad y nobleza, más allá de lo exigible.

Mirar hacia adelante con respeto y compromiso

El accidente de Adamuz nos enfrenta a preguntas dolorosas: ¿podía haberse evitado?, ¿qué falló?, ¿qué debemos cambiar? Es legítimo y necesario que las comisiones técnicas y judiciales respondan con rigor. Mientras tanto, desde la perspectiva sanitaria, nuestra tarea es clara: fortalecer los sistemas de emergencia y salud pública, invertir en formación y recursos, cuidar a quienes cuidan y evitar que la rutina diluya lo aprendido.

A las víctimas y a sus familias les debemos ese compromiso: que su dolor no sea un titular fugaz, sino un motivo adicional para construir un sistema de salud y una sociedad más preparada, más justa y más humana.

EDITORIAL

La Agencia Estatal de Salud Pública no admite tomar ningún atajo

La creación de la AESAP es una de las decisiones estructurales más relevantes para el futuro del sistema sanitario español. No se trata solo de elegir una sede administrativa, sino de fijar desde dónde se articularán la vigilancia, la prevención, la respuesta ante crisis y la coordinación entre CCAA, con Europa y con los organismos internacionales. Por eso, la selección de su ubicación no puede leerse como un reparto territorial ni como un gesto político coyuntural, sino como una decisión estratégica que debe sostenerse en criterios rigurosos, técnicos y contrastados. Ese es el espíritu que, al menos sobre el papel, recogen los criterios publicados en el BOE. Tras el cierre del plazo, ocho ciudades compiten por albergar la sede: Granada, Zaragoza, Barcelona, Oviedo, Toledo, León, Lugo y Murcia. El mapa es heterogéneo y, en muchos casos, sólido desde el punto de vista técnico, con propuestas que identifican sedes concretas, disponibilidad rápida y entornos sanitarios consolidados.En ese contexto, la retirada de Salamanca en el último momento introduce un elemento incómodo. El relato municipal apunta a una percepción repetida en concursos estatales: bases formalmente técnicas que, en su aplicación, favorecen a determinadas ciudades. Esta crítica no invalida los criterios, muchos de ellos razonables, pero sí obliga a revisar su equilibrio y, sobre todo, cómo se aplican. La AESAP no puede nacer bajo sospecha. Precisamente por la relevancia de la institución, el proceso debe ser ejemplar, justo, transparente y técnico.

Cuando la financiación autonómica decide quién espera y quién se trata

CARTA DEL EDITOR

La financiación autonómica no es un debate técnico ni estrictamente fiscal. En términos sanitarios, es —de facto— un debate sobre la financiación del principal servicio público del Estado. El gasto sanitario constituye el mayor capítulo presupuestario de las comunidades autónomas y, por tanto, cuando se habla de financiación autonómica, se está hablando, esencialmente, de cómo se financia la sanidad.

Propuesta de financiación

La propuesta del Gobierno de una mayor financiación global puede ser cierta en términos agregados. Sin embargo, resulta imprescindible aclarar que el nuevo esfuerzo financiero anunciado se dirige de manera preferente a una comunidad autónoma concreta, Cataluña, en un contexto de oposición prácticamente unánime del resto de las CCAA. No es el objetivo de este análisis valorar si ese planteamiento es políticamente correcto o no, pero sí resulta obligado reflexionar sobre sus consecuencias sanitarias.

Si existe un consenso básico en el Sistema Nacional de Salud es la necesidad de reducir las brechas de equidad entre territorios. La financiación debe servir para cerrar diferencias, no para profundizarlas. Un modelo que refuerce la capacidad de quienes ya disponen de mayores recursos sanitarios, sin compensar adecuadamente a las comunidades con menor capacidad, corre el riesgo de consolidar desigualdades estructurales en el acceso a la atención.

Solidaridad

Es cierto que las comunidades con sistemas sanitarios más potentes ya están ejerciendo un papel solidario, poniendo a disposición del conjunto del SNS hospitales y centros de referencia que atienden a pacientes procedentes de otros territorios. Este modelo de trabajo en red, apoyado en la designación de centros de referencia y en la derivación de pacientes complejos, demuestra que compartir recursos es una forma eficiente de invertir mejor, evitando duplicidades y aprovechando la especialización.

Pero este enfoque solo es sostenible si el modelo de financiación acompaña. Los datos epidemiológicos y sociosanitarios permiten anticipar con claridad un escenario de creciente demanda sanitaria, impulsado por el envejecimiento poblacional, la cronicidad y la mayor complejidad clínica. Cualquier modelo de financiación autonómica debe nacer no solo del consenso político, sino de la certeza de que será capaz de sostener un sistema que va a necesitar más recursos, no menos.

Santiago de Quiroga

Editor de Gaceta Médica

"Cualquier modelo de financiación autonómica debe nacer no solo del consenso político, sino de la certeza de que será capaz de sostener un sistema que va a necesitar más recursos"

Atención Primaria

En este contexto, resulta imprescindible reforzar la Atención Primaria. No como un discurso recurrente, sino como una decisión estratégica. Una Atención Primaria fuerte, resolutiva y bien dotada es el mejor aliado de los hospitales y la manera más eficaz de garantizar la sostenibilidad del sistema, reservando la atención especializada para cuando realmente es necesaria.

La mejor prueba del compromiso de un Estado con su sanidad no es el discurso, sino la definición y el acuerdo de un modelo de financiación sólido, equitativo y suficiente. Y ese debate llega en un momento especialmente complejo: con un Estatuto Marco que ha abierto una brecha de entendimiento entre el Ministerio y los sindicatos médicos, con una financiación aún sin consenso y con listas de espera —tanto en consultas como quirúrgicas— que siguen siendo una de las principales fuentes de inequidad real.

Todo ello no hace sino agravar un problema que puede calcificar las arterias del Sistema Nacional de Salud. Por eso, más allá de cifras y negociaciones, la financiación autonómica acabará decidiendo, en la práctica, quién espera y quién se trata.

EN IMÁGENES

Ruiz Escudero (PP) apuesta por "unificar objetivos a la hora de actuar contra el cáncer"

El portavoz del PP en la Comisión de Sanidad del Senado, Enrique Ruiz Escudero, ha protagonizado un nuevo encuentro de 'Parlamentarios contra el Cáncer', impulsados por la iniciativa CANCER NOW, la plataforma de la Fundación ECO apoyada por Fundamed que explora y analiza los retos que plantea el cáncer de la mano de representantes del arco parlamentario y político. Con esta iniciativa, distintas organizaciones y entidades sanitarias incluyendo sociedades científicas, organizaciones de pacientes y compañías trasladan a los parlamentarios las necesidades que rodean a una de las enfermedades de mayor impacto sanitario y social, como es el cáncer. Ruiz Escudero ha recordado que el cáncer destina muchos recursos globales del ecosistema sanitario, incluyendo recursos asistenciales, de cribado, de investigación, de diagnóstico, de prevención, etc. ya sean tecnológicos, humanos o terapéuticos. Su complejidad y la necesidad de una comunicación fluida entre todos los agentes y las administraciones se abordó durante el encuentro. En este sentido, el senador y portavoz afirmó que existe una falta de coordinación entre Ministerio y CCAA, por lo que abogó por "unificar criterios a la hora de actuar". El encuentro fue moderado por Jesús García Foncillas, presidente de Fundación ECO, y Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed.

GACETA MÉDICA

Publicación de: wecare-u.

wecare-u.
healthcare communication group

EDITOR: Santiago de Quiroga

Director editorial: Enrique Delgado Sanz

Redacción: Ana Sánchez (Jefa de Sección), Andrea Rivero, Claudia Vaquero, Javier Alberca, Guillermo García y Marcos Yebra.

Arte y Diseño: Rosa Rodríguez. **Maquetación:** Marta Haro.

ÁREAS:

Marketing y Comercial: Paloma García del Moral, *directora ejecutiva.*

Relaciones Institucionales: Romina del Rio, *directora.*

Económico-Financiera: Cristina Fernández, *Business Controller.*

Public Affairs y Consultoría: Sofía Salazar, *directora asociada.*

Consejo de Administración: Santiago de Quiroga (Presidente y Consejero Delegado), Vicente Díaz Sagredo y Carlos Giménez Crouseilles (Secretario consejero)

Sede Social:
C/ Barón de la Torre, 5; 28043 Madrid
Tlf.: 91.383.43.24
Fax: 91.383.27.96

Depósito legal: M-18625-2012

ISSN: 2255-4181

Imprime: Rotomadrid SVP-382-R-CM

Todos los derechos reservados.

Política

AESAP, Estatuto Marco y Ley del Tabaco: los grandes retos de la Sanidad para 2026

El Ministerio se enfrenta a avances normativos clave en cuyo desarrollo ha avanzado en los últimos meses

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El Ministerio de Sanidad cerró 2025 con varios frentes abiertos que marcarán la agenda sanitaria de este 2026. Pese a avances legislativos relevantes, hay grandes reformas que siguen pendientes de culminar su desarrollo normativo, político o parlamentario. Algunas ya han sido aprobadas, pero aún no son operativas; otras continúan atrapadas en conflictos laborales, trámites de audiencia pública o debates ideológicos. En conjunto, dibujan un escenario de transición que condicionará el año político en sanidad.

La ministra de Sanidad, Mónica García.

AGENCIA ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

El proceso de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP) arrancó formalmente con la aprobación definitiva de su ley el 22 de julio en el Congreso de los Diputados, tras un recorrido parlamentario largo y accidentado. La norma se publicó en el BOE el día 30, culminando una tramitación marcada por un primer rechazo, negociaciones tensas y cambios de posición de los grupos. El Gobierno logró sacar adelante una de sus reformas sanitarias estrella, aunque incorporando tres enmiendas del PP relativas al nombramiento del director, la colaboración con el sector farmacéutico en emergencias y el impulso de la innovación incremental en medicamentos.

El debate político fue áspero y anticipó las dificultades que acompañarán su desarrollo. Mientras Sumar y PSOE defendieron la agencia como una necesidad largamente pendiente desde 2011, el PP cuestionó su independencia técnica y alertó del riesgo de que se convierta en un «chiringuito». Vox rechazó directamente su creación y ERC centró sus críticas en los artículos relativos a medicamentos veterinarios. Pese a todo, la AESAP nace con la misión de anticipar, preparar y responder a crisis sanitarias, dotando al sistema de una estructura estable de vigilancia epidemiológica y evaluación científica.

LA SEDE DE LA AESAP Y SU ESTATUTO

Aunque la ley ya está aprobada, la puesta en marcha de la entidad avanza más lentamente de lo previsto. Tras su publicación, se activó el plazo de seis meses para aprobar su Estatuto mediante real decreto, un texto clave que deberá definir su estructura interna, órganos de gobierno y participación autonómica. Sin embargo, el acuerdo del Consejo de Ministros para iniciar la elección de la sede no llegó hasta el 18 de noviembre, casi dos meses más tarde de lo previsto inicialmente por el Ministerio.

Este retraso hizo imposible que la sede se conociese antes de finalizar 2025, tal y como adelanto este medio. El procedimiento exige un mes para presentar candidaturas, informes sectoriales preceptivos y un dictamen final de la Comisión Consultiva que deberá pasar por la Comisión Delegada para el Reto Demográfico y el Consejo de Ministros. La concatenación de plazos sitúa la decisión final ya en 2026, poniendo en duda que la AESAP pueda estar plenamente operativa en el primer semestre del año, como pretendía el Ministerio. Todo apunta a que la sede se elegirá en febrero. Ya hay 8 candidaturas oficiales.

ESTATUTO MARCO

La reforma del Estatuto Marco es, probablemente, el mayor conflicto laboral abierto en el Sistema Nacional de Salud en décadas. Más de 60 reuniones, huelgas y manifestaciones han marcado una negociación que se arrastra desde hace tres años y que estalló definitivamente en enero de 2025 tras la filtración de un borrador muy criticado por los médicos. Desde entonces, el pulso entre Sanidad y las organizaciones profesionales no ha dejado de escalar.

El conflicto enfrenta a varios bloques: el Ámbito de Negociación, los sindicatos médicos agrupados en el Comité de Huelga y otras plataformas. Las reivindicaciones médicas se centran en la creación de un grupo A1 plus, una regulación específica de las guardias y una jornada de 35 horas. Sanidad, sin embargo, ha cerrado la puerta tanto a un estatuto propio para los médicos como a una reclasificación diferenciada, defendiendo un marco común para todas las categorías. Pese a algunos avances parciales, el consenso sigue lejos y todo apunta a que la resolución definitiva se desplazará a 2026.

LEY DEL TABACO

El Anteproyecto de Ley del Tabaco se aprobó en el Consejo de Ministros el 9 de septiembre y ha completado ya su fase de audiencia pública, cerrada el 30 de ese mes. El texto refuerza la protección frente al humo, equipara los nuevos dispositivos al tabaco convencional y amplía los espacios libres de humo, además de prohibir los cigarrillos electrónicos de un solo uso y endurecer la publicidad.

La ministra de Sanidad, Mónica García, ha dejado claro que el objetivo del Gobierno es que la ley entre en vigor a comienzos de 2026, una vez superados los informes preceptivos, una segunda vuelta por el Consejo y la tramitación parlamentaria. El Ejecutivo confiaba en el consenso social existente, aunque el calendario hizo inviable su aprobación definitiva antes de que finalizase el año.

LEY DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES

Otra de las grandes reformas pendientes es la Ley de Organizaciones de Pacientes. El anteproyecto superó la fase de consulta pública el 23 de septiembre y busca dotar por primera vez de personalidad jurídica propia a estas entidades, definir sus derechos y deberes y crear un registro oficial. El Ministerio ha impulsado un grupo de trabajo con asociaciones para consensuar el texto, reconociendo el papel creciente de los pacientes en la gobernanza del SNS.

Las organizaciones reclaman que la ley garantice financiación estructural, participación real con voz y voto y una regulación clara de su relación con la industria. Desde Sanidad, el secretario de Estado Javier Padilla se mostró convencido de que la norma acabará aprobándose, incluso si se retrasa más allá de esta legislatura, lo que sitúa de nuevo el horizonte en 2026.

PLAN ESTATAL FRENTE A AMENAZAS SANITARIAS

El quinto gran frente es el Plan Estatal de Preparación y Respuesta frente a Amenazas Graves para la Salud, que superó la fase de audiencia pública el pasado 6 de octubre. El proyecto de real decreto pretende establecer un marco estable de coordinación, alerta precoz y respuesta ante emergencias sanitarias, alineado con la normativa europea y con un papel central para la futura AESAP.

Sin embargo, el plan ha reabierto el debate político sobre la ausencia de una 'Ley de Pandemias'. El PP considera que un plan reglamentario es insuficiente sin un marco legal de rango superior que otorgue seguridad jurídica ante restricciones y medidas excepcionales. También cuestiona que se impulse este plan cuando la AESAP aún no está plenamente configurada, dejando abierta una controversia que previsiblemente se trasladará a 2026.

Con la AESAP aún por desplegar, el Estatuto Marco bloqueado por el momento, la Ley del Tabaco en tránsito, la de Organizaciones de Pacientes en construcción y el plan de emergencias bajo debate, Sanidad encara 2026 con una agenda cargada. El próximo año será decisivo para saber si estas seis asignaturas pendientes se convierten en reformas consolidadas o en nuevas fuentes de conflicto político y sanitario.

La carrera por ser sede de la Agencia de Salud Pública afronta su recta final

Granada, Zaragoza, Barcelona, Oviedo, Toledo, León, Lugo y Murcia pugnarán por ser la ciudad elegida

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

Este mes terminó el plazo para presentar candidaturas para albergar la Agencia Estatal de Salud Pública. Con el cierre del registro, se consolida una carrera territorial que mezcla ambición institucional y argumentos técnicos. A partir de ese momento, el mapa de aspirantes queda definido con ocho ciudades en liza. Las candidaturas presentadas son Granada, Zaragoza, Barcelona, Oviedo, Toledo, León, Lugo y Murcia. La gran sorpresa ha sido que Castilla y León no ha presentado finalmente a Salamanca como candidata.

Fuera de la lista, Baleares no se ha presentado porque, según fuentes de la Consejería de Salud de la región han comunicado a Gaceta Médica, "no cuadra". Además, fuentes de las consejerías de Navarra, Cantabria, La Rioja y la Comunidad Valenciana han confirmado a Gaceta Médica que no se han presentado. Por otra parte, según ha podido saber este medio, Madrid no se ha presentado tampoco finalmente.

Tanto Canarias como el País Vasco han optado por no postularse y centrarse en sus propios organismos, según informó Europa Press, Canarias no opta a ser sede y se enfoca en aprobar su propia Agencia Canaria de Salud Pública, ya en fase de anteproyecto de ley; igual que el País Vasco, que está desarrollando su propio Instituto de Salud Pública.

PROPUESTAS CON SEDE, METROS E INMEDIATEZ

Andalucía ha movido ficha con Granada como candidata y con una fórmula singular de doble sede. La propuesta plantea un arranque inmediato en la Escuela Andaluza de Salud Pública para activar desde el minuto uno la primera fase, con 60 personas. La candidatura andaluza reserva, además, una ubicación definitiva en el antiguo Clínico San Cecilio. Allí se ofrecerían más de 6.000 metros cuadrados para acoger a los 300 profesionales previstos en el despliegue completo.

Ministerio de Sanidad.

En Aragón, la candidatura de Zaragoza suma apoyos y un relato de consenso. Desde la Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias (FAMCP) se destaca que recibió apoyo unánime en febrero de 2024, y se subraya la implicación de clústeres, universidades, entidades científicas, empresas y organizaciones sociales.

La propuesta aragonesa sitúa la sede en el Pabellón de Aragón de la Expo Zaragoza 2008, un edificio emblemático y adaptable. Con un valor patrimonial de 33 millones, dispone de 7.000 metros cuadrados, casi el doble de los 4.000 exigidos, y cumple requisitos de conectividad, seguridad, reuniones y aparcamiento.

El Gobierno de Aragón se compromete a adecuarlo con una inversión de 16,9 millones y una obra estimada de 15 meses tras la adjudicación. Para facilitar el arranque en el primer semestre de 2026, ofrece oficinas provisionales en el recinto Expo, mientras se ejecuta la reforma.

Asturias formalizará esta semana su candidatura para que Oviedo sea sede de la Agencia Estatal de Salud Pública. El Principado propone ubicarla en el edificio Calatrava, en Buenavista, en instalaciones independientes dentro del mismo entorno de la Consejería de Salud.

MÁS PROPUESTAS EN MARCHA

La sede prevista tendría capacidad para 300 puestos individuales, zonas comunes, despachos, salas de reuniones y videoconferencias, además de áreas de formación y docencia. También se apoya en el Palacio de Exposiciones y Congresos Ciudad de Oviedo, y en el ecosistema del HUCA, Finba, la Universidad de Oviedo y centros privados como Fernández-Vega.

En Castilla-La Mancha, la candidatura de Toledo se presenta con un argumento logístico central: la cercanía a Madrid. El Gobierno destacó la importancia de la ubicación (al estar cerca de Madrid) para ser elegida, presentó la propuesta a finales de 2025. Según fuentes de la Consejería de Sanidad, el lugar presentado, que no han querido desvelar hasta saber si son elegidos o no, se encuentra en Toledo capital.

Galicia respalda la candidatura de Lugo y ofrece la máxima colaboración para apuntalarla con informes sectoriales. Como localización alternativa, la Xunta propone el edificio del Departamento Territorial de la Consellería de Sanidade, con 4.900 metros cuadrados, oficinas, laboratorios, salón de actos y garajes, y entrada en funcionamiento inmediata con adaptaciones menores.

Castilla y León defiende la candidatura de León en el marco del procedimiento iniciado el 18 de noviembre de 2025. León pone el foco en infraestructuras disponibles, un ecosistema One Health ligado a Veterinaria, un clúster biofarmacéutico con hasta 14 plantas, conectividad y un argumento de cohesión frente a la despoblación. Salamanca, por su parte, aunque en un principio se presentó candidata para ser sede de la Agencia Estatal de Salud Pública, retiró su propuesta.

Murcia, por su parte, ha acordado presentar la candidatura para situar la sede en el Pabellón Docente Virgen de la Arrixaca, en El Palmar. La propuesta se apoya en el IMIB Pascual Parrilla, la integración con el Hospital Virgen de la Arrixaca, una red universitaria amplia, más de 4.000 metros cuadrados disponibles y conectividad con dos aeropuertos y estación de AVE cercana.

EN FEBRERO SE PONDRÁ EN MARCHA LA AESAP

La sede definitiva de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP) se decidirá en febrero, según el horizonte temporal que maneja el Gobierno central. En este sentido, el proceso quedó activado tras la aprobación en el Consejo de Ministros del informe de la Comisión Consultiva del Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, y la posterior publicación en el BOE de los criterios que debían cumplir los Ayuntamientos para presentar su particular ubicación.

En este sentido, el plazo para que las comunidades autónomas presentaran candidaturas ya ha concluido, dentro de un procedimiento tramitado por vía de urgencia por razones de interés para la salud pública. Tras la recepción de las candidaturas, el Ministerio de Sanidad elaborará un informe en un plazo máximo de 10 días.

En base a esta documentación, la Comisión Consultiva elaborará un dictamen con la evaluación detallada de las candidaturas presentadas. Ese documento también podrá valorar localizaciones que no se hayan postulado formalmente, si se consideran óptimas, y se elevará primero a la Comisión Delegada del Gobierno para el Reto Demográfico, antes de llegar al Consejo de Ministros, que tomará la decisión final mediante un acuerdo que se publicará en el BOE. Según apuntan desde el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, la propuesta se elevará al Consejo de Ministros, como máximo, el 17 de febrero y se publicará en el BOE un día después (cómo máximo el 18 de febrero).

Sanidad sube el tono contra las políticas sanitarias más polémicas de Trump

García y Padilla no se arrugan ante el presidente norteamericano: "Busca desprestigiar la evidencia sobre vacunas"

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

Mónica García, Donald Trump y Javier Padilla.

El Ministerio de Sanidad no se arruga ante las políticas de la Administración Trump y así lo están exteriorizando sus principales dirigentes. Este mes de enero, y después de la captura de Nicolás Maduro, Mónica García y Javier Padilla han cuestionado públicamente la estrategia de presión a las compañías innovadoras, así como los polémicos programas y ensayos de vacunación respaldados por los CDC.

En un clima internacional de máxima incertidumbre y tensión geopolítica, el Gobierno de España ha mostrado su rechazo a la operación y Pedro Sánchez fijó una posición política contundente al subrayar que "la violación del derecho internacional siempre es una derrota de la democracia, incluso allí donde no la había", en una advertencia que sitúa el tablero diplomático en un momento de tensión. En ese contexto, Sanidad ha endurecido su discurso frente a Washington al denunciar tanto las presiones sobre la industria farmacéutica como el giro en políticas vacunales, con Mónica García y Javier Padilla marcando distancia ante lo que interpretan como un uso político de la salud.

Primero, la ministra de Sanidad, Mónica García, cargó este miércoles el foco en la política de medicamentos de Estados Unidos tras la escalada de presión de la Administración Trump sobre las farmacéuticas. En una publicación en la red social X, García apuntó que "EEUU puede decidir su política de precios, pero no contra nuestra soberanía sanitaria". También, la ministra expresó su deseo de que la salud no se convierta en "un instrumento geopolítico". "Seguiremos defendiendo precios justos, acceso equitativo, autonomía estratégica europea y negociación pública frente a presiones externas", concluyó.

Después, ese pulso encontró un nuevo campo de batalla en las políticas de vacunación y la financiación de ensayos clínicos en países vulnerables. El secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, denunció en X que "EEUU está financiando un ensayo clínico consistente en retrasar la vacunación frente a la hepatitis B en los recién nacidos… y lo está haciendo en Guinea-Bissau". En el mismo mensaje, advirtió de que "esto va en contra de las recomendaciones de la OMS, y no es casual que se esté haciendo en África y no en EEUU".

Por otra parte, fuentes del Ministerio de Sanidad trasladaron a Gaceta Médica que el problema no es solo científico, sino institucional. En concreto, analizan que "en la presente legislatura, el Gobierno de Trump está inmerso en diferentes medidas para desprestigiar la evidencia disponible sobre vacunación". Y añaden que "el ensayo clínico que financian en Guinea Bissau contraviene las recomendaciones de la OMS y lo hace en un país de renta baja que tiene una elevada mortalidad infantil". También, aseguran que, en este tipo de regiones, "lo fundamental debería ser lograr mayor acceso a vacunas y asistencia sanitaria, y no ser sujetos de investigación de una cosa cuyos beneficios están probados".

UN ESTUDIO QUE AFECTA A 7.000 RECIÉN NACIDOS

La denuncia de Padilla se refiere a un ensayo que ha comenzado esta semana y que está financiado por el Gobierno de Estados Unidos para estudiar el momento de la vacunación contra la hepatitis B. El diseño retrasará la vacunación de hasta 7.000 recién nacidos en Guinea-Bissau, dentro de un estudio que aspira a inscribir a 14.000 bebés, con la mitad vacunada al nacer y la otra mitad seis semanas después. El registro del Servicio de Salud y Servicios Humanos define el proyecto como un "ensayo controlado aleatorio para evaluar los efectos de la vacunación neonatal contra la hepatitis B en la mortalidad temprana, la morbilidad y los resultados del desarrollo a largo plazo".

La iniciativa ha generado críticas en EEUU por contradecir las recomendaciones de la OMS, que desde 1992 aconseja la vacunación y desde 2009 defiende la dosis al nacer para prevenir la transmisión maternoinfantil. Paul Offit, pediatra estadounidense y coinventor de una vacuna contra el rotavirus, advirtió en su cuenta de X de que el Secretario de Salud y Servicios Humanos, Robert F. Kennedy Jr., "está a punto de lanzar un experimento peligrosamente poco ético en África Occidental". Como apunta Offit en un artículo publicado en Substack, Robert F. Kennedy Jr. "ha elegido Guinea-Bissau, un país de escasos recursos en África Occidental, para llevarlo a cabo". Un estudio que estaría financiado por los CDC con 1,6 millones de dólares y adjudicado al Proyecto de Salud Bandim, un grupo danés cuestionado por la revista Vaccine, que alertó de "prácticas de investigación cuestionables" en ensayos previos.

PRESIÓN DE TRUMP SOBRE LAS FARMACÉUTICAS

El mensaje de Mónica García se produjo en un momento de alta tensión internacional por el control de precios, los márgenes de la industria y el papel de los gobiernos en la negociación pública. La declaración conecta con un debate europeo cada vez más presente: hasta qué punto las decisiones de Washington pueden tener efectos indirectos sobre los sistemas sanitarios nacionales y sobre la política farmacéutica comunitaria.

La Casa Blanca comunicó el 19 de diciembre de 2025 que Donald J. Trump había cerrado otros nueve nuevos acuerdos, en total ya serían 14, con grandes compañías para reducir los precios de los medicamentos recetados en Estados Unidos "en línea con los precios más bajos que pagan otras naciones desarrolladas". La fórmula se articula bajo el modelo de most-favored-nation o precio de nación más favorecida (MFN/NMF), que busca equiparar el coste estadounidense al mínimo existente en otros países ricos.

Según el documento oficial, las compañías que suscribieron esos acuerdos fueron Amgen, Bristol Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, Genentech, Gilead Sciences, GSK, Merck, Novartis y Sanofi. La Casa Blanca destacó que abarcan fármacos para enfermedades crónicas de alto impacto como diabetes tipo 2, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, asma, EPOC, hepatitis B y C, VIH y determinados cánceres.

El anuncio incluyó extender el acceso a precios MFN a todos los programas estatales de Medicaid y reforzar la venta directa a pacientes mediante TrumpRx, con ejemplos de bajadas agresivas en medicamentos concretos. El fact sheet citó recortes como Repatha, que pasaría de 573 a 239 dólares, o Epclusa, de 24.920 a 2.425 dólares en compras directas. En base a todo ello, cabe recordar que Trump envió el 1 de agosto de 2025 cartas a 17 multinacionales exigiendo un "compromiso vinculante" para reducir precios, con el 29 de septiembre como fecha límite, en una escalada que incluyó amenazas de aranceles, decretos y plazos como herramienta de presión.

Se reabre la batalla del registro de objetores del aborto: Sanidad denuncia a Madrid

La Comunidad de Madrid señala que la ministra "lo que tiene que hacer es solucionar" el asunto del Estatuto Marco

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El Ministerio de Sanidad ha denunciado a la Comunidad de Madrid y ha llevado el pulso al terreno judicial. El choque gira en torno a una obligación prevista en la ley orgánica de 2023 sobre interrupción voluntaria del embarazo. La disputa, que llevaba meses escalando, entra ahora en una fase con calendario, plazos y efectos prácticos.

Según el texto de la denuncia al que ha tenido acceso Gaceta Médica, Sanidad ha registrado un recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid. El Ministerio sitúa el foco en la ausencia de un registro de objetores de conciencia en la región. Con esa base, busca forzar el cumplimiento de un instrumento que considera clave en la red pública.

En la demanda, el objeto procesal se concreta en impugnar la desestimación presunta del requerimiento remitido el 14 de octubre de 2025 a la Consejería madrileña para que cree el registro previsto en la Ley Orgánica 1/2023. Sanidad apoya su argumento en que el protocolo para articular ese registro fue aprobado por unanimidad en el Consejo Interterritorial el 16 de diciembre de 2024 y se considera de obligado cumplimiento para todas las comunidades, al enmarcarse en funciones estatales de coordinación sanitaria.

Fátima Matute y Mónica García.

La Abogacía del Estado subraya además que Madrid habría sido la única autonomía que no contestó al requerimiento y que manifestó públicamente su negativa a desarrollarlo, pese a haber votado a favor del acuerdo. Por eso, pide al TSJM que estime el recurso y ordene la creación del registro, con imposición de costas, y solicita también una medida cautelar positiva para que se implante sin esperar a la sentencia, alegando perjuicios organizativos y asistenciales mientras no exista ese instrumento.

EL REGISTRO DE OBJETORES

El registro de objetores está contemplado como una herramienta confidencial, no accesible para la población y con finalidad estrictamente organizativa. El despliegue de estos listados quedó articulado en un protocolo aprobado el 16 de diciembre de 2024 en el Consejo Interterritorial, como alega el Ministerio en la denuncia. Ese acuerdo salió adelante con el voto favorable de todas las consejerías de Sanidad. A partir de ahí, las comunidades iniciaron procesos para crear sus registros, con ritmos diferentes.

Después, Sanidad elaboró un informe de seguimiento en septiembre y detectó varias autonomías sin el listado operativo en ese momento. Tras movimientos posteriores, Madrid quedó como que no avanzó en la implantación del mecanismo. En este contexto, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, llegó a avisar de que "nunca" la pondría en marcha.

MADRID CARGA CONTRA EL MINISTERIO

Tras conocerse la denuncia, la Comunidad de Madrid respondió con un mensaje de confrontación política directa. "Ante la denuncia cursada por el ministerio de Sanidad en relación al registro de objetores de la Comunidad de Madrid, fuentes del Gobierno regional señalan que lo que tiene que hacer la Ministra de Sanidad del Gobierno de Pedro Sánchez, Mónica García, es solucionar el problema que tiene con los médicos por el Estatuto Marco, que es más importante".

GARCÍA ELEVA EL TONO

La ministra de Sanidad, Mónica García, reforzó la posición del departamento en su cuenta de X con un mensaje explícito. "Ya está en los tribunales la vulneración del derecho al aborto en la sanidad pública madrileña. El 99% se deriva a la privada. Ayuso llegó a decir "váyanse a otro lado a abortar". Presentamos un recurso contencioso-administrativo en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid", ha expresado. Con ese movimiento, el Ministerio encuadra el conflicto como un problema de acceso efectivo en la red pública.

Madrid invierte 53 millones de euros en la atención a pacientes en cuidados paliativos

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid ha aprobado este mes una inversión de 53 millones de euros destinada a mejorar el servicio de cuidados paliativos en la región. En una reunión se ha conocido la tramitación de un Acuerdo Marco para la contratación de esta prestación durante los próximos dos años, con posibilidad de prórroga por otros dos.

Esta medida permitirá a la sanidad pública madrileña disponer de 190 camas concertadas en unidades de media estancia, con lo que la Administración autonómica alcanza las 347 plazas asistenciales destinadas a la atención de pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas y de alta complejidad. Con esta medida se garantiza que reciban la ayuda y los tratamientos que precisen, de acuerdo con su patología y con los cambios que puedan producirse a lo largo de su evolución.

Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La asistencia será especializada e integral y estará prestada por equipos multidisciplinares cuyos profesionales cuentan con formación específica en este campo. Asimismo, los centros sanitarios dispondrán de la dotación material necesaria para ofrecer un servicio de la máxima calidad tanto a estas personas como a sus familias.

Esta actuación se enmarca en el refuerzo de los cuidados paliativos impulsado por la Comunidad de Madrid durante el último año, que ha supuesto la incorporación de 53 nuevos profesionales a la sanidad pública. Así, a lo largo de 2025, los Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos de Atención Primaria (ESAD) pasaron de 11 a 13 dispositivos. Además, en este primer nivel asistencial se contrataron 13 psicólogos y nueve trabajadores sociales. En asistencia hospitalaria, por su parte, el complejo público Universitario del Henares, en Coslada, incorporó un equipo de soporte, compuesto de dos facultativos, una enfermera y un trabajador social.

MÁS DE 20.350 PACIENTES EN 2024

En 2024, la sanidad pública madrileña atendió en este ámbito a 20.350 pacientes, un 13% más que en 2023. Estos servicios están coordinados desde la Oficina Regional de Cuidados Paliativos, que funciona las 24 horas los 365 días del año y dispone de recursos integrados en los tres niveles asistenciales, incluida la Unidad de Atención Paliativa Continuada PAL24, integrada en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112). Asimismo, la Comunidad de Madrid cuenta con la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica, ubicada en el complejo público Infantil Universitario Niño Jesús, que desarrolla su actividad tanto en el domicilio como en el entorno hospitalario y ofrece asistencia los siete días de la semana, incluidos los festivos.

"UNA APUESTA POR LA HUMANIZACIÓN"

El portavoz del Gobierno de la Comunidad de Madrid, Miguel Ángel García, encuadró la inversión de 53 millones de euros aprobada como una medida orientada a reforzar el final de la atención asistencial y a ampliar recursos específicos para pacientes complejos, al subrayar que es "una apuesta por la dignidad y la humanización de la asistencia sanitaria". Según destacó, los pacientes estarán atendidos mediante "una atención especializada, integral y personalizada" por equipos multidisciplinares formados en paliativos.

En esa misma línea, destacó los profesionales incorporados en el último año y citó actuaciones ya desplegadas: "Hemos ampliado los equipos de soporte domiciliario, hemos reforzado la atención psicológica y social en AP, hemos creado nuevos dispositivos hospitalarios y hemos mejorado la coordinación con la oficina regional de cuidados paliativos", que, remarcó, "está operativo las 24 horas del día y los 365 días del año".

MIR 2026: el examen más esperado también se jugó en la arena política

La dimisión de los expertos en verano o el retraso en la publicación de las listas alimentaron el pulso PP-Sanidad

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

Durante todo el proceso del MIR 2026, el Departamento de Mónica García ha llevado a cabo cambios significativos que han generado un considerable ruido político en torno a la sanidad. En lo estrictamente académico, el calendario avanzaba hacia su fecha clave, mientras se observaba como el pulso entre Gobierno y oposición se avivaba por momentos. En este sentido, el ambiente que rodea a la convocatoria este año va más allá de los nervios habituales. La acumulación de tensión durante meses ha convertido el examen de 2026 en un foco de choque entre el Ministerio de Sanidad y el Partido Popular.

LA DIMISIÓN EN BLOQUE QUE DISPARÓ LA CRISIS

La dimensión política dio un salto el 17 de julio, cuando el Comité de Expertos encargado de diseñar las preguntas del MIR de este año dimitió en bloque. Este órgano estaba formado por entre cinco y seis profesionales con amplia trayectoria en educación y formación sanitaria, y su renuncia se produjo a menos de un mes del inicio del proceso de elaboración del examen de 2026.

A esa dimisión se sumó después la salida de los comités de expertos de Farmacia, Enfermería, Física y Química, ampliando la crisis al conjunto de pruebas FSE. El Partido Popular (PP) sostiene que ese movimiento fue consecuencia de una "modificación unilateral de las condiciones de trabajo" por parte del Ministerio, y denuncia que los cambios afectaron al número de colaboradores, a la retribución y al control organizativo.

Según el PP, Sanidad recortó de 15 a cinco el número de colaboradores por experto y rebajó el pago por pregunta de 15 a nueve euros. Además, el partido asegura que se anunció que sería el Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública, y no Sanidad, quien asumiría parte de la organización del proceso, un giro que considera incomprensible "sin explicación alguna ni participación de los profesionales sanitarios".

En ese contexto, el PP trasladó su "máxima preocupación" por lo que define como una situación grave provocada por los cambios en el modelo de preparación de los exámenes FSE. El partido sostuvo que, a estas alturas del calendario, no había "nada organizado para la selección de preguntas", recordando que tradicionalmente el proceso comenzaba en junio y debía quedar cerrado entre septiembre y octubre.

EL CHOQUE CON EL CALENDARIO

El choque político se intensificó de nuevo con el calendario administrativo de las listas definitivas. El 7 de enero, el Ministerio informó a Gaceta Médica de que retrasaba la publicación hasta el 15 de enero y, aunque no cerró la puerta a adelantarlas, vinculó el retraso a la puesta en marcha de "un nuevo sistema de contratación", un modelo que, según explican, "ofrece mayores garantías, pero que en su primer año de implantación ha ralentizado el proceso".

Finalmente, las listas se publicaron en torno a las 22:20 del 15 de enero, lo que activó la respuesta parlamentaria del PP. Los populares pidieron la convocatoria de una sesión extraordinaria de la Comisión de Sanidad para que la ministra de Sanidad, Mónica García, según su solicitud enviada a la Presidencia del Congreso, informara "sobre los graves incumplimientos de los plazos establecidos en la orden de convocatoria de MIR y las acciones que está llevando a cabo para subsanarlos y garantizar los derechos de todos los aspirantes".

GARCÍA RESPONDE Y EL PP ELEVA EL TONO

Al día siguiente, 16 de enero, la ministra Mónica García fue preguntada por Gaceta Médica por esa petición de comparecencia y respondió que no evitará explicaciones parlamentarias. "Siempre que me llamen voy a comparecer, como he dicho siempre, siempre hay explicaciones", afirmó, antes de rechazar el planteamiento del PP y negar el diagnóstico de gravedad: "No hay unos graves incumplimientos".

La ministra vinculó el ajuste de fechas a cambios internos y defendió que el retraso no altera el desarrollo global del proceso. "Ha habido una transformación del procedimiento, lo que ha llevado a que se publiquen las listas un poco más tarde", sostuvo, y remató con dos ideas clave: "El retraso no ha impedido, en absoluto, que se desarrolle el procedimiento como todos los años de manera ejemplar" y "no se ha incumplido nada".

La contestación del PP a esas palabras elevó el tono y endureció el marco del conflicto. Fuentes del partido sostuvieron a Gaceta Médica que la ministra minimiza una situación que consideran de máxima gravedad y replicaron con una crítica directa: "Se ve que para la ministra de Sanidad incumplir sus propias órdenes ministeriales y sumir en el caos a un proceso como los exámenes MIR y en la incertidumbre a los profesionales no es nada 'grave'".

Los populares insistieron en que las explicaciones deben darse en sede parlamentaria y reprocharon a la ministra su presencia irregular en el Congreso. "No va siempre que se lo pedimos", afirmaron, y añadieron que solo ha comparecido una vez en todo 2025, pese a haber sido requerida hasta en 10 ocasiones.

El partido, además, conectó el episodio del calendario con problemas previos de la convocatoria, citando de nuevo la renuncia en bloque del comité de expertos antes del verano y la planificación de plazas. En cifras, el PP sostiene que tras la lista provisional se estaba dejando sin plaza a 6.738 médicos, 671 psicólogos y 8.855 profesionales de enfermería pese a estar admitidos, por falta de oferta.

En paralelo, el PP volvió a situar el foco en déficits estructurales del sistema, como la falta de profesionales. En Atención Primaria, menciona una estimación de 4.500 plazas sin cubrir y critica que el incremento anunciado para Medicina Familiar y Comunitaria fuera de 36 plazas MIR, una cifra que califica de "irrisoria", mientras que en Salud Mental señala que el aumento "apenas alcanza las 20 plazas" sumando todas las categorías implicadas.

De este modo, la convocatoria de 2026 llegaba marcada por un doble plano: el de una prueba decisiva para miles de aspirantes y el de una disputa política que se ha ido intensificando desde verano.

En ese cruce, el MIR 2026 afrontó sus últimos días con la polémica instalada en el centro del debate político sanitario.

La letra pequeña del nuevo Plan de Enfermedades Raras de Andalucía

Con una inversión de 8,7 millones y 109 medidas, la Junta fija su hoja de ruta 2025-2029

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

La Junta de Andalucía ha aprobado el Plan de Atención a Personas afectadas por Enfermedades Raras en Andalucía (PAPER) como hoja de ruta para el periodo 2025-2029, con el objetivo de reforzar la respuesta del sistema sanitario público ante patologías de baja prevalencia. El acuerdo se adoptó el 30 de diciembre en el Consejo de Gobierno, según la información difundida por la administración autonómica.

El plan cuenta con una inversión prevista de 8,7 millones de euros y se estructura en siete líneas estratégicas, con un centenar de medidas que abarcan Atención Primaria y especializada. La Junta señala que incorpora indicadores para evaluar anualmente el grado de cumplimiento y orientar ajustes en función de necesidades detectadas.

El consejero de Sanidad de Andalucía, Antonio Sanz.

SIETE LÍNEAS Y 109 MEDIDAS PARA ORDENAR LA ATENCIÓN

La primera línea estratégica se centra en mejorar la gestión de la información y los recursos, mediante un sistema de datos y un registro que permita conocer mejor tanto las enfermedades raras como los servicios disponibles. La segunda línea pone el foco en la prevención y el diagnóstico precoz, con el refuerzo de programas de cribado y la garantía de recursos para una atención personalizada desde fases tempranas.

El plan incluye también una línea orientada a la atención integral, con medidas para agilizar el diagnóstico y promover una atención descrita como más humana y cercana, tanto para pacientes como para familias cuidadoras. En el ámbito terapéutico, se contemplan actuaciones para ampliar la cobertura de tratamientos, reducir tiempos de espera y mejorar la adecuación de las terapias.

Entre las 109 medidas asociadas a 15 objetivos generales y 36 específicos, la Junta destaca el desarrollo de sistemas de información que faciliten la sospecha clínica, la confirmación diagnóstica y el seguimiento. También se prevén herramientas digitales para detección temprana, una mayor integración de la información genética en la historia clínica digital y criterios para identificar casos en los que la telemedicina pueda ser una modalidad asistencial.

COORDINACIÓN Y APUESTA POR INVESTIGACIÓN

El plan prevé un programa específico para casos de enfermedades raras sin diagnóstico y la actualización de protocolos comunes en unidades de genética y unidades clínicas de referencia. Asimismo, contempla la constitución de unidades multidisciplinares de enfermedades raras en cada área sanitaria o, en su defecto, en hospitales de referencia, para coordinar casos con sospecha de patología rara no encuadrable en una sola especialidad.

También se plantea crear comisiones técnicas provinciales de coordinación multidisciplinar, con participación de profesionales sanitarios, centros de Valoración y Orientación, centros educativos y de Atención Infantil Temprana. En paralelo, se apunta a coordinar el área terapéutica a través de la Comisión Autonómica para el Uso Racional de los Medicamentos y a crear una plataforma de formación específica para intercambio de conocimiento sobre enfermedades raras y tratamientos.

En investigación, la Junta indica que incorporará en convocatorias criterios que ponderen a grupos dedicados a enfermedades raras, y que reforzará la sensibilización de Atención Primaria sobre el sufrimiento asociado. El plan menciona el abordaje de aspectos psicosociales y de salud mental, y añade la asistencia de podología en Atención Primaria para pacientes con estas patologías.

REUNIÓN CON FEDER PARA ANALIZAR EL PLAN

El consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias, Antonio Sanz, se reunió con representantes de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) para analizar el PAPER aprobado el 30 de diciembre. Según la Junta, el consejero agradeció las aportaciones de la federación y la definió como un "interlocutor clave" para el desarrollo y la aplicación del plan.

En la reunión participaron, entre otros, la secretaria general de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial, Silvia Maraver, y el coordinador del plan, Javier Blasco. Por parte de FEDER asistieron su directora general, Isabel Motero, además de representantes asociativos y una trabajadora social; la Junta subraya que la participación de FEDER en el grupo motor permitió "consensuar enfoques" e indicadores de seguimiento.

España vuelve a superar los 6.300 trasplantes en 2025 con el cardíaco disparado un 12%

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

España registró al cierre del año 2025 un total de 6.335 trasplantes de órganos, una tasa de 129 por millón de habitantes, según el balance presentado por el Ministerio de Sanidad.

La ministra Mónica García compareció junto a la directora general de la ONT, Beatriz Domínguez-Gil, y enmarcó los datos en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la donación. Por segundo año consecutivo, el país supera los 6.300 trasplantes, consolidando la tendencia.

En el balance detallado por órgano, se contabilizaron 3.999 renales, 1.276 hepáticos, 556 pulmonares, 390 cardíacos, 103 pancreáticos y 11 intestinales. Sanidad señala descensos en hígado (-5%) y pulmón (-11%), estabilidad en riñón y aumentos en corazón (+12%), páncreas (+6%) e intestino (+175%).

Mónica García recibe a Lucía, una de las niñas trasplantadas con éxito.

MÁS TRASPLANTES

Este volumen se sustentó en 2.547 donantes fallecidos, con una tasa de 51,9 p.m.p., y en 408 donaciones en vida (402 de riñón y seis de parte de hígado). El Ministerio cifra una media diaria de ocho donantes y 17 trasplantes en 2025. En su intervención, la ministra ensalzó el papel de los profesionales y "la generosidad de los donantes y sus familias".

En comparación internacional, Sanidad apunta que la tasa española supera la de otros países, según el Observatorio Global de Donación y Trasplante. En 2024, EEUU registró 49,7 donantes p.m.p., Italia 30,6, Francia 28,6 y la UE en conjunto 24,2. García subrayó que "es un programa difícilmente igualable".

Un elemento central del balance es la donación en asistolia, tras fallecimiento por parada cardiorrespiratoria. En 2025 hubo 1.416 donaciones en asistolia (+8%), el 56% del total. Sanidad destaca que el trasplante cardíaco en asistolia aporta el 35% de los 390.

ESTRATEGIA 2025-2030

La ministra anunció una nueva Estrategia 2025-2030, diseñada por la ONT con las comunidades, pendiente de adopción definitiva por la Comisión de Trasplantes del CISNS. Incluye cinco líneas: aumentar la disponibilidad de órganos de fallecidos, impulsar el trasplante renal de vivo, mejorar el acceso de pacientes con más barreras, medir resultados e innovar, y reforzar equipos de coordinación.

El Ministerio informó de que, a 31 de diciembre de 2025, 5.163 pacientes esperaban un trasplante (77 menores). Se trasplantaron 298 pacientes en urgencia cero, 180 niños y 193 hiperinmunizados. "No nos conformamos", dijo García.

Por CCAA, Cantabria lideró la donación con 103,4 donantes p.m.p., seguida de Navarra (88,2), Asturias (64,4) y País Vasco (64,3), y 12 comunidades superaron los 50. La ONT cifra en 1.416 los trasplantes ligados al intercambio de órganos (23%) y en 6,5% los receptores trasplantados fuera de su región. En hospitales, el balance recoge máximos por actividad, entre ellos Bellvitge en trasplante renal, La Fe en hepático y cardíaco, y Vall d'Hebrón en pulmonar y total de pacientes trasplantados.

Entre otros hitos de 2025, Sanidad menciona la Orden Ministerial que derogó la norma de 1987 sobre donación en personas con VIH, un programa de trasplantes renales cruzados y el impulso de trasplantes cardíacos parciales. También se incorporó la donación tras prestación de ayuda para morir, con 226 donantes y 643 pacientes trasplantados.

Profesión

No hay tregua con el Estatuto Marco: los médicos lanzan una huelga indefinida

Los paros, según el calendario sindical, se desarrollarán una semana de cada mes entre febrero y junio

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

Los médicos ya se han pronunciado: huelga indefinida a partir del 16 de febrero. El conjunto de sindicatos profesionales más representativos del país anunció la convocatoria de una huelga indefinida a mediados de febrero, en respuesta al borrador del nuevo Estatuto Marco del Ministerio de Sanidad. La movilización se articulará, en una primera fase, mediante una semana de paros al mes entre febrero y junio, a la espera de avances en la negociación de un Estatuto propio para el médico y el facultativo.

El calendario de huelgas contempla paros durante la semana del 16 al 20 de febrero, del 16 al 20 de marzo, del 27 al 30 de abril, del 18 al 22 de mayo y del 15 al 19 de junio. La decisión fue ratificada por la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), junto al Sindicato Médico Andaluz (SMA), Metges de Catalunya (MC), la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (Amyts), el Sindicato Médico de Euskadi (SME) y el Sindicato de Facultativos de Galicia Independientes (O'MEGA). Todas estas organizaciones han acordado mantener las movilizaciones al considerar que el borrador actual no reconoce de forma adecuada las particularidades del ejercicio médico.

Además, como "pistoletazo de salida a las movilizaciones", los sindicatos médicos han decidido llevar a cabo una "manifestación unitaria" el 14 de febrero en la que profesionales de todas las CCAA "muestren de nuevo en Madrid por qué el colectivo se ha posicionado de forma unánime en su rechazo a la norma ministerial".

Fuentes del Ministerio señalaron a Gaceta Médica que el departamento "siempre ha mantenido abierto el diálogo" con los representantes sindicales. En este sentido, explican que en estos momentos se está negociando el preacuerdo con los sindicatos del Ámbito, a los que el Ministerio reconoce como los interlocutores legítimos. No obstante, desde Sanidad subrayan que respetan las movilizaciones convocadas por los médicos, pese a mantener su hoja de ruta negociadora.

Manifestación de Amyts el primer día de huelga médica en Madrid.

Sanidad defiende que ha mantenido abierto el diálogo y ultima un acuerdo con el Ámbito

HUELGA DE APEMYF

Esta será la primera huelga convocada de forma conjunta por un número tan amplio de sindicatos médicos, aunque no la primera movilización del colectivo. En total, los facultativos han protagonizado ya cuatro huelgas, la más reciente el 14 y 15 de enero, convocada por la Agrupación por un Estatuto Médico y Facultativo (APEMYF) y se celebró en ocho comunidades autónomas: Madrid, Cataluña, País Vasco, Galicia, Navarra, Comunidad Valenciana, Región de Murcia y Asturias.

La reivindicación central volvió a ser la misma: un Estatuto propio para médicos y facultativos, diferenciado del Estatuto Marco del personal estatutario. Una demanda que interpela tanto al Ministerio de Sanidad como a las comunidades autónomas, a las que los sindicatos recuerdan su capacidad directa de actuación sobre las condiciones laborales.

A diferencia de las movilizaciones anteriores, esta última huelga no ha tenido el mismo grado de seguimiento ni de impacto mediático, un factor que, lejos de rebajar la tensión, ha reforzado la idea de que el conflicto podría escalar, advirtiendo ya en ese momento de la huelga indefinida. En esa misma línea se expresó la secretaria general de la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (Amyts), Ángela Hernández, quien reconoció que "la huelga es siempre un fracaso del diálogo", pero advirtió de que, tras varias convocatorias sin avances sustanciales, "si no se nos escucha, no descartamos ninguna opción".

Uno de los elementos más relevantes de este conflicto es la unidad sin precedentes que han logrado los sindicatos médicos. Han cerrado filas para mostrar su rechazo al preacuerdo del Estatuto Marco alcanzado entre el Ministerio y los sindicatos del Ámbito de Negociación.

"El Ámbito está decidiendo el futuro de la profesión sin que los médicos estemos representados", denunció el secretario general de CESM, Víctor Pedrera, quien subrayó que el rechazo no se debe solo al contenido del texto, sino al propio proceso negociador. "La práctica totalidad del colectivo médico rechaza el Estatuto Marco", afirmó.

La ministra de Sanidad, Mónica García, identificó cuatro grandes demandas planteadas por los sindicatos médicos: Mesa Sectorial de Negociación específica para el personal médico y facultativo en cada servicio de salud; la aprobación de un Estatuto propio del personal médico como norma diferenciada del Estatuto Marco del personal estatutario; el establecimiento de un precio de la hora de guardia que "en ningún caso podrá ser inferior al valor de la hora ordinaria de trabajo"; y la voluntariedad de la jornada de guardia por parte del personal médico.

EL AN YA NO ES UN BLOQUE

En en una de las últimas reuniones entre Sanidad y las organizaciones del Ámbito —SATSE-FSES, FSS-CCOO, UGT y CSIF— se continuó en el avance del preacuerdo. Los sinidcatos explicaron que el Ministerio se comprometió a negociar con Hacienda y Función Pública el reconocimiento retributivo básico ligado al nuevo modelo de clasificación profesional.

Sin embargo, la unidad del Ámbito también empieza a resquebrajarse. Fuentes sindicales afirmaron a este medio que, CIG-Saúde se ha desvinculado del bloque, pese a haber participado en el preacuerdo inicial. Según el sindicato, tras la reunión con la ministra el 13 de enero, Sanidad se negó a introducir modificaciones sustanciales en el texto.

"La intención era que apoyáramos el texto y pulirlo más adelante durante su tramitación", explicó el secretario nacional de CIG-Saúde, Manuel González Lestón, una estrategia que el sindicato rechaza de plano al considerar que el Estatuto no garantiza derechos retributivos ni jubilatorios.

DEFENSA DEL MINISTERIO

Frente a las críticas, García defendió su Estatuto Marco a través de un extenso mensaje en redes sociales, centrado especialmente en la regulación de las guardias. Según la ministra, el nuevo borrador elimina las guardias de 24 horas, establece un máximo de 17 horas, garantiza descansos computables como tiempo trabajado e introduce límites a la carga horaria mensual y semanal. No obstante, la ministra aseguró qué no contempla ni un Estatuto propio, ni mesas exclusivas de negociación, ni la fijación de retribuciones, precio de la hora de guardia o dimensionamiento de plantillas, competencias que atribuye a las CCAA.

Las claves de la respuesta sanitaria al accidente ferroviario de Adamuz: “Actuación ejemplar”

Fernando Ayuso (SEMES) detalla a GM la respuesta sanitaria ante una catástrofe de gran magnitud

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

Tras el grave accidente ferroviario de Adamuz (Córdoba), el sistema de emergencias sanitarias andaluz activó de forma inmediata los protocolos para incidentes con múltiples víctimas, un engranaje complejo en el que la coordinación, la formación y la planificación resultan determinantes para evitar el colapso asistencial. Fernando Ayuso, miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y médico del Centro de Emergencias Sanitarias 061 en Córdoba, explicó a Gaceta Médica cómo se articula la respuesta sanitaria ante una catástrofe de estas dimensiones.

Según detalló Ayuso, el primer paso se produce en el mismo momento en que se recibe la alerta a través de los sistemas de emergencias. “Cuando entra una llamada al 112 o al 061 y se detecta que se trata de un incidente con un número extraordinario de víctimas, se activa automáticamente un procedimiento específico, lo que denominamos una emergencia de agencia colectiva”, señaló el experto. En estos casos, sepone en marcha el denominado procedimiento “Eco Charlie”, que permite movilizar recursos sanitarios de forma escalonada y coordinada.

Una de las atenciones llevadas a cabo tras el accidente de tren de Adamuz.

Los primeros equipos que llegan al lugar del accidente no tienen como prioridad la atención clínica directa. “Esto a veces cuesta entenderlo, pero en medicina de catástrofes los primeros equipos no atienden pacientes, se dedican a la gestión”, subrayó Ayuso. Su labor consiste en sectorizar la zona, evaluar la magnitud del incidente, montar el puesto médico avanzado y planificar el despliegue posterior de recursos. “En el accidente ferroviario de Adamuz, se movilizaron en torno a 50 recursos sanitarios y cerca de 80 profesionales entre técnicos, enfermeros y médicos, además del personal del centro coordinador, cuya función es absolutamente clave”, añadió.

El papel de los centros de coordinación es, en este contexto, esencial. “Son los que recogen toda la información de los pacientes, a dónde se traslada cada uno y qué recursos están disponibles, para que dentro del caos todo sea lo más ordenado posible”, explicó. Esa capacidad de gestión resulta especialmente crítica cuando el incidente se produce en un entorno extenso y complejo, como ocurrió en Córdoba, donde las víctimas se encontraban dispersas a lo largo de aproximadamente un kilómetro.

Ayuso destacó que una de las decisiones más relevantes en los primeros minutos es la movilización rápida de profesionales, muchos de ellos de forma voluntaria. “La ejemplaridad de los profesionales de emergencias es fundamental. Más de la mitad de los que acudieron a este accidente estaban en sus casas y se pusieron inmediatamente a disposición del servicio”, afirma. A ello se sumó el desplazamiento de recursos desde otras provincias como Jaén, Sevilla o Granada, algo imprescindible cuando los medios ordinarios resultan insuficientes.

LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN

Junto a la movilización de recursos, el experto puso el acento en la formación como pilar de la respuesta: “Nada de esto habría sido posible si los profesionales no estuvieran perfectamente formados. Estas situaciones ocurren pocas veces, pero cuando pasan hay que saber responder”. En este sentido, recuerda que el 061 lleva más de tres décadas apostando por la formación continuada en incidentes con múltiples víctimas y por la realización de simulacros. “Simulamos descarrilamientos, accidentes de autobús, grandes incendios o atentados. Eso hace que, cuando ocurre de verdad, la coordinación sea más fluida”.

La elección del hospital es otro aspecto crítico para evitar el colapso del sistema. “El Hospital Reina Sofía de Córdoba era el centro de máximo nivel más cercano, pero no podían trasladarse allí todos los pacientes”, explicó Ayuso. En total, se atendió a más de 75 personas, lo que habría saturado incluso a un gran hospital. Por ello, los pacientes con lesiones menos graves fueron derivados a centros de Jaén, Andújar y también a hospitales privados de Córdoba. “En una situación así no se distingue entre sanidad pública y privada. Todos arrimamos el hombro”, recalcó.

Pese a la dureza del suceso, el médico reconoció una sensación "agridulce" entre los profesionales. “Ha sido una tragedia, pero también tenemos la sensación de que se ha trabajado de forma ejemplar”, confensó. Para quienes trabajan en emergencias, explicó, esa percepción refuerza el sentido de su labor: “Dentro del caos, sentir que tu trabajo ha sido útil es algo muy importante”.

Los ejes del dispositivo sanitario que puso en marcha Andalucía para atender a las víctimas de la tragedia

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

Tras detectar el accidente, la Junta de Andalucía organizó un dispositivo sanitario muy completo. En este sentido, puso el Centro Cívico Poniente Sur de Córdoba como punto de información y atención a familias y un autobús para trasladar familiares desde el Centro de Mayores de Adamuz. Allí trabajaron profesionales de Cruz Roja, sanitarios del 061, personal de la Agencia de Emergencias de Andalucía (EMA) y psicólogos del Colegio Oficial de Psicología de

Juanma Moreno y Antonio Sanz.

Andalucía Occidental mediante el GIPED. También, hubo puntos de atención en la Estación de Huelva y en Atocha (Madrid), y se ha añadido otro en María Zambrano (Málaga) con Protección Civil, Cruz Roja, psicólogos y trabajadores sociales. Para información sobre hospitalizados, la Junta facilitó el 953 001 149 a residentes fuera de Andalucía, y dentro de la comunidad se indicó llamar al 061. Por su parte, Adif ofreció el 900 101 020 y atención en Atocha, Córdoba y Huelva. Iryo mantuvo el 900 001 402. El operativo se activó tras las primeras llamadas al 112 a las 19:50 del domingo. Desde el Agencia de Emergencias de Andalucía (EMA 112) se activó el Plan Territorial de Emergencias de Protección Civil de Andalucía, elevado a fase de emergencia, situación operativa 1, a las 21:50. El SAS desplegó un amplio dispositivo con 4 DCCU, 6 UVIs móviles del 061, 2 UVIs de Transporte de Críticos, 2 vehículos de apoyo logístico y 3 ambulancias convencionales, además de 7 ambulancias de transporte programado y el equipo médico de Adamuz. La asistencia y los traslados se coordinaron desde un Puesto Médico Avanzado instalado en el edificio técnico de ADIF. Se contó con el Hospital de Andújar y se prealertó al Virgen del Rocío por si hacían falta derivaciones, mientras el Reina Sofía activó su protocolo de grandes catástrofes. También se activó a Cruz Roja y al GIPED, se desplegó el Grea y EMA Infoca para apoyo logístico. Por último, estuvo también trabajando el plan médico forense del Instituto de Medicina Legal de Córdoba, con 16 forenses, 4 psicólogos, 2 trabajadores sociales y personal técnico y administrativo.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Sello de Calidad en Gestión de Información Multidisciplinar al Paciente Onco-hematológico

Hospital Sanitas CIMA: "El paciente está en el centro"

GUILLERMO GARCÍA GÓMEZ
Madrid

El Hospital Sanitas CIMA ha sido reconocido con esta acreditación a la excelencia de los servicios de Farmacia Hospitalaria en la información dirigida a pacientes con patologías oncológicas y hematológicas, otorgado por Fundamed, con el apoyo de BeOne Medicines y avalado por la SEFH. El acto ha contado con la presencia de Paloma García del Moral, directora ejecutiva de Fundamed, Vanesa Roig, Market Access Director Iberia de BeOne Medicines, Javier Alonso, director de Operaciones del Hospital

CIMA, Dolores Mendoza, directora de Enfermería, Ricardo de Bedoya, director gerente del Campus Hospital Sanitas CIMA y director territorial Noreste de Sanitas Hospitales, Alicia Llombart, responsable de Farmacia, y Paula Rodríguez, directora médica. "Este premio recoge y resume actitudes muy importantes que están en el ADN de Sanitas. Nosotros tenemos el propósito de ayudar a nuestros pacientes a que vivan vidas más largas, sanas y felices. Y eso conlleva poner al paciente en el centro", destacó De Bedoya. Tras agradecer el reconocimiento, Llombart expresó su orgullo por todo el equipo. Para la farmacéutica hay que poner en valor al equipo multidisciplinar del que forma parte el farmacéutico, "que forma parte de toda la cadena del tratamiento que reciben el paciente. Hay una implicación profesional y de compromiso, nos preocupamos por cada uno de ellos". Por ello, se aborda el tratamiento desde una perspectiva holística, no solo el oncológico.

Roig agradeció que los pacientes onco-hematológicos reciben información "de primera mano sobre su patología y el manejo de su tratamiento". Es "fundamental tengan acceso al abordaje multidisciplinar". Del Moral, por su parte, incidió en que el premio es un espejo de la dedicación del centro al respecto de la información este tipo de pacientes.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Hospital Doctor Negrín: la información es clave

GUILLERMO GARCÍA GÓMEZ
Madrid

Durante el acto han estado presentes Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, Miguel Ángel Ponce, director gerente del Hospital Universitario Doctor Negrín, Emi Garcia, subdirectora médica, Margarita Jiménez, Market Access Manager de BeOne Medicines, Leonor Oliva Hernández, farmacéutica del Área de Hematología del hospital, María Teresa Gómez Casares, jefa del Servicio de Hematología, Salvador Saura, oncólogo médico, y Gloria Herrera, jefa de sección del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Ponce ha comenzado el evento haciendo un repaso de los logros del hospital. A continuación, De Quiroga ha agradecido la acogida en el centro insular y ha remarcado que se trata de un acto "que pretende poner en valor la atención al paciente onco-hematológico, que se desarrolla en un entorno de alta complejidad clínica que exige no esa excelencia individual". Se trata, pues, de una gestión multidisciplinar de la información, continuó De Quiroga. Al entregar este sello se reconoce "ese compromiso".

Jiménez dio la enhorabuena al servicio y al Hospital Universitario Doctor Negrín, enfatizando en las numerosas acreditaciones de las que goza. "Nosotros también trabajamos por los pacientes y para que el fármaco llegue pronto", destacó.

Oliva, por su parte, y tras mencionar el honor que supone este sello, contó que hace unos 15 años, el Servicio de Farmacia apostó por una atención farmacéutica especial para el paciente onco-hematológico, creando una consulta específica. "Nuestra función principal era la información, siempre creímos que un paciente informado es un paciente que va a llevar el proceso mucho mejor".

La farmacéutica enfatizó, asimismo, la seguridad que se le transmite al paciente, lo que se refleja en la mejora en la adherencia terapéutica.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Ntra. Sra. de Candelaria: "Trabajamos con calidad"

GUILLERMO GARCÍA GÓMEZ
Madrid

En el acto de entrega del reconocimiento han estado presentes Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, Vanesa Roig, Market Acces director Iberia de BeOne Medicines, Pilar Díaz Ruiz, jefa del Servicio de Farmacia Hospitalaria, Juan Alfredo Montero, miembro de la misma unidad, Pablo Suárez Llanos, subdirector médico del Área de Oncología, Ruth Alfonso Gómez, jefa del Servicio de Oncología, y Pablo Ríos Rull, jefe del Servicio de Hematología.

Durante su intervención, De Quiroga felicitó a los distintos representantes del centro por el trabajo que ha culminado en el reconocimiento. De igual modo, ha explicado que la iniciativa de esta acreditación nació en 20219, que cuenta con el aval científico de la SEFH -a la que destacó como "una de las sociedades que más trabaja por la calidad"- cuenta con el apoyo de BeOne Medicines, una compañía innovadora que "desde el principio vio la distinción como un elemento que encajaba perfectamente con su filosofía". Recogiendo el guante, Roig destacó que el sello refleja el propósito de la compañía: "Poner al paciente en el centro". "Para nosotros es esencial garantizar que cada persona tenga el acceso a un abordaje multidisciplinar con una atención integral, coordinada y humana", subrayó.

Díaz destacó la importancia del día para el Servicio de Farmacia del centro por recibir la acreditación, que "nos hace sentir orgullo". "Es, además, un respaldo a mis compañeros. Queda demostrado que trabajamos con calidad". Antes de concluir, Díaz recordó al jefe de sección del Área de Onco-hematología, Itámar González, clave en la consecución de esta distinción, "que no ha podido estar aquí por la defunción de un familiar". Montero, por último, hizo hincapié en la palabra "multidisciplinar".

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

MIR 2026: el calendario y los próximos pasos para todos los aspirantes

Tras la celebración del examen MIR, el proceso entra en su fase más decisiva, con la publicación de resultados y la adjudicación de plazas

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

El examen MIR 2026 quedó atrás el pasado sábado 24 de enero, cuando 16.763 aspirantes admitidos se enfrentaron a la prueba. Después de meses marcados por la incertidumbre —debida a los retrasos del Ministerio en la publicación de la lista definitiva de admitidos—, los médicos finalmente se presentaron a la prueba. Con el ejercicio ya realizado, la atención se desplaza ahora hacia los siguientes pasos del proceso, que marcarán el futuro inmediato de miles de aspirantes.

El primer paso ahora será la publicación de la plantilla definitiva de respuestas. Si se repite el calendario de la convocatoria anterior, el Ministerio de Sanidad hará pública esta corrección en la primera semana tras la prueba y poco después los resultados provisionales del examen. En 2025, esta información se conoció el 5 de febrero. Tras el correspondiente periodo de revisión y alegaciones, se publicarán las notas definitivas y el orden de adjudicación, un dato clave que condiciona las opciones de cada aspirante.

Con el orden ya establecido, comenzará una de las fases más decisivas del proceso: las visitas a hospitales y unidades docentes, en las que los candidatos valoran destinos, especialidades y condiciones antes de elegir plaza.

ELECCIÓN

La elección de plaza está prevista entre los meses de abril y mayo, mediante un sistema mixto que combina la adjudicación electrónica con la posibilidad de hacerlo de forma presencial en Madrid, como en convocatorias anteriores. Además, se mantendrá una fase destinada a cubrir las plazas rechazadas, permitiendo optar a vacantes disponibles a quienes no participaron en la adjudicación ordinaria.

Los candidatos que obtengan plaza firmarán su contrato entre mayo y junio y se incorporarán como residentes al Sistema Nacional de Salud poco después. En la convocatoria de 2025, la incorporación tuvo lugar los días 5 y 6 de junio, una referencia que orienta el calendario de este año.

LA REPESCA

Entre las novedades del MIR 2026 destaca la introducción de una segunda ronda de adjudicación de plazas, conocida como "repesca", que se realizará exclusivamente por vía electrónica. Esta medida, aprobada el año pasado mediante Real Decreto, se aplicará por primera vez en esta convocatoria 2025/2026 y tiene como objetivo optimizar la cobertura de plazas vacantes y mejorar la disponibilidad de profesionales sanitarios especializados.

Durante su tramitación, el Ministerio de Sanidad consultó a comunidades autónomas, consejos generales de las profesiones sanitarias y órganos consultivos del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar un proceso más eficiente, equitativo y alineado con las necesidades asistenciales.

RÉCORD DE PLAZAS

El MIR 2026 ofrece 9.276 plazas para Medicina, la mayor cifra de la historia de la Formación Sanitaria Especializada (FSE). La mayoría de las especialidades incrementan su número de vacantes respecto a 2025, con algunas excepciones puntuales.

En conjunto, la convocatoria FSE 2026 alcanza un total de 12.366 plazas, un récord histórico que supone un aumento de 423 plazas respecto al año anterior (un 3,5% más). La distribución por titulaciones es la siguiente: 9.276 plazas para Medicina, 2.279 para Enfermería, 362 para Farmacia, 280 para Psicología, 83 para Biología, 57 para Física y 29 para Química.

Responsabilidad civil

La importancia de la especialidad declarada en la póliza de RC

Durante su carrera profesional, muchos médicos evolucionan: cambian de centro, amplían su campo de actuación o se especializan en nuevas técnicas o tratamientos. Sin embargo, un aspecto que suele pasar desapercibido es la necesidad de actualizar la especialidad o subespecialidad declarada en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional. Es un detalle que puede parecer meramente administrativo, pero puede convertirse en un factor determinante en caso de reclamación sanitaria.

Cada póliza de RC se construye en torno a una premisa básica: la actividad profesional asegurada. En ella se detallan los actos médicos cubiertos, el ámbito en el que se desarrollan y las características propias de la especialidad del médico. Si esta información no está correctamente actualizada, la póliza puede no responder como se espera ante una reclamación.

La especialidad declarada es la base de la póliza

La especialidad declarada en la póliza es lo que define el riesgo que asume la aseguradora. No es lo mismo asegurar a un médico de familia que a un cirujano plástico o un anestesista. Cada especialidad tiene exposiciones y procedimientos distintos y, por tanto, necesita una cobertura adaptada a su nivel de riesgo.

Por ejemplo, las reclamaciones más habituales en un pediatra suelen estar relacionadas con diagnósticos o tratamientos farmacológicos, mientras que un traumatólogo tiene más riesgo de enfrentar reclamaciones por intervenciones quirúrgicas. Esta diferencia de riesgo se refleja directamente en la póliza, tanto en el coste de la prima como en las coberturas específicas. Por eso es fundamental que el médico declare correctamente su especialidad principal y cualquier otra actividad que ejerza.

Los riesgos de no declarar un cambio de actividad o subespecialidad

Cuando un profesional amplía su campo de actuación – por ejemplo, un médico estético que comienza a realizar procedimientos con láser o un ginecólogo que incorpora técnicas de reproducción asistida –, su nivel de exposición cambia. Si no se comunica este cambio a la correduría o aseguradora correspondiente, el seguro podría rechazar una reclamación derivada de una actividad no declarada o no incluida en la póliza.

Estas situaciones ocurren con frecuencia, pues muchos facultativos confían en que su póliza cubra cualquier acto médico que realicen, sin ser conscientes de que la cobertura se limita exclusivamente a la actividad declarada y contratada. Por eso, una modificación no informada puede implicar que, en caso de reclamación, el médico quede sin protección efectiva, asumiendo personalmente las consecuencias económicas y la defensa legal.

La importancia de la correduría especializada

Contar con el asesoramiento de una correduría especializada en el sector sanitario resulta esencial para evitar estos vacíos de cobertura. No se trata solo de contratar una póliza, sino de hacerlo con el acompañamiento de expertos que comprendan la complejidad de la profesión médica.

En Uniteco, cada póliza se diseña a medida, teniendo en cuenta el perfil del profesional, su entorno de trabajo, las técnicas que realiza y su evolución profesional. Además, los asesores especializados revisan periódicamente las pólizas para adaptarlas a los cambios de actividad o nuevas competencias, garantizando que el médico esté siempre protegido.

Este enfoque proactivo permite evitar sorpresas y asegura que, ante cualquier reclamación, la cobertura sea plena y efectiva. La comunicación constante con la correduría es, por tanto, una herramienta de prevención tan importante como el propio seguro.

UNITECO
CORREDURÍA DE SEGUROS

"Podría quedar aprobada la especialidad de Infecciosas esta misma primavera"

El presidente de la SEIMC, Javier Membrillo, valora en GM la luz verde de Sanidad para evaluar su creación

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

La creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas va a entrar en su fase decisiva. Según adelantó Gaceta Médica el lunes 5 de enero, el grupo de trabajo encargado de evaluar las solicitudes de creación dio luz verde al inicio de la tramitación formal. En concreto, los expertos concluyeron que debe tramitarse la solicitud de una especialidad completa en Enfermedades Infecciosas. De este modo, se espera que la propuesta se presente en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud a lo largo de enero.

Con respecto a crear un Área de Capacitación Específica (ACE), el grupo de trabajo valoró que no se ha desarrollado de forma efectiva y sería incompatible con la regulación europea vigente. El motivo está en los requisitos de formación exigidos en el programa europeo de la especialidad. La UEMS fija un itinerario con tiempos mínimos específicos superiores al modelo de dos años que contemplan las ACE en España, lo que hace inviable encajar la disciplina en ese formato.

La resolución va en la línea defendida por la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). En una entrevista con Gaceta Médica, Francisco Javier Membrillo, presidente de la sociedad, ha celebrado que la tramitación de su expediente "se está llevando a cabo de acuerdo a criterios técnicos y científicos".

En este sentido, la SEIMC, en un comunicado, ha destacado "que el dictamen haya tenido en cuenta la especialidad de cinco años como el método adecuado para la formación de especialistas en enfermedades infecciosas, en lugar de un área de capacitación específica de dos años. Esto permite, por tanto, la integración de la misma en el prestigioso sistema MIR, alineándose con ello con la formación que se realiza en el resto de los países europeos, donde la estructura formativa consta de dos años iniciales de formación común en competencias comunes con Medicina Interna, garantizando con ello la formación clínica integral del futuro especialista en enfermedades infecciosas; seguida de tres años para adquirir los conocimientos y competencias específicos que requiere la formación en enfermedades infecciosas".

Francisco Javier Membrillo
Presidente de la SEIMC

"No hay otra opción para la formación en Enfermedades Infecciosas que una especialidad"

Membrillo ha insistido en que la decisión era inevitable: "De forma técnica no hay otra opción para la formación en enfermedades Infecciosas que una especialidad". A ello, ha añadido que el modelo ACE propuesto por Medicina Interna "tiene unos límites muy definidos" que chocan con las exigencias europeas. "No estamos hablando de ningún reconocimiento, estamos hablando de la formación de los futuros especialistas", remarca, señalando que el relevo generacional es ya un problema urgente.

"LLEGAMOS TARDE"

El presidente de la SEIMC subraya que el calendario sanitario corre en contra del sistema. "La ministra declaró el año pasado que un tercio de los médicos que trabajamos en los servicios de Unidad de Enfermedades Infecciosas van a jubilarse antes del fin de la década", alerta, recordando que cada año perdido retrasa la llegada de nuevos infectólogos. En cuanto a los tiempos, ha sido claro: "Llegamos tarde, pero cuanto antes empecemos, antes empezaremos a paliar la situación". A su vez, expresó que los plazos fijados hasta el momento son máximos y que el Ministerio tendría hasta el 16 de abril de 2026 para la creación de la especialidad, "seis meses después de la presentación de la solicitud por registro".

Con respecto a la reunión de la Comisión de RRHH que tendrá lugar en enero, Membrillo se muestra optimista, apuntando que el grupo de trabajo "está conformado por expertos designados por todas las comunidades autónomas". En este sentido, el presidente de la SEIMC ha matizado que "si el grupo de expertos concluye por unanimidad que el único expediente técnicamente posible de realizar es la declaración de una especialidad, los factores políticos que tienen los votos en la Comisión de RRHH deberán, y no se entendería de otra forma, apoyar la recomendación y el informe de sus propios técnicos", concluyendo que, teniendo en cuenta lo mencionado, entienden que "no hay ninguna duda" con respecto a su aprobación en la próxima reunión.

PLAZAS EN 2027

En cuanto a lo más inmediato, Membrillo ha puesto sobre la mesa un horizonte temporal concreto: "Podríamos perfectamente tener esta misma primavera la aprobación del Real Decreto para crear la especialidad e Infecciosas". En este sentido, el presidente de la SEIMC ha dejado claro que el lanzamiento del texto legislativo "es una necesidad urgente en la España del siglo XXI en la que las las epidemias y pandemias son un problema creciente y cada vez de mayor preocupación y que hay motivos para elaborar y aprobar este Real Decreto por la vía de urgencia". También, ha asegurado que "si no hay ninguna obstrucción", podrían convocarse "plazas en el MIR de 2027".

Las claves de ChatGPT Salud: el 72% de los médicos ya usa la IA en su trabajo

La nueva apuesta de OpenAI combina la inteligencia conversacional con historias clínicas y apps de bienestar

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

Open AI acaba de presentar ChatGPT Salud. Se trata de una plataforma que integra inteligencia artificial y datos personales de salud para ofrecer respuestas personalizadas y confidenciales a preguntas relacionadas con el bienestar y la medicina. Este lanzamiento busca responder a la notable demanda de información en salud: calculan en la compañía que más de 230 millones de personas en todo el mundo realizan consultas semanales sobre salud y bienestar en la plataforma.

De hecho, datos recientes de enero de 2026 revelan que más del 5% de todos los mensajes enviados a ChatGPT a nivel global están relacionados con temas sanitarios, lo que equivale a unos 40 millones de personas buscando orientación médica diaria.

LA PRIVACIDAD DE LOS DATOS

OpenAI ha respondido creando una sección de Salud que funciona como un espacio independiente y aislado dentro de la aplicación. Esto significa que las conversaciones, los archivos médicos cargados y las memorias generadas en este apartado se almacenan de forma separada del resto de los chats generales del usuario. Para reforzar la confianza, la compañía ha garantizado que los datos alojados en ChatGPT Salud no se utilizarán para entrenar sus modelos lingüísticos principales.

La seguridad se implementa mediante múltiples capas: la información está cifrada tanto en tránsito como en reposo, y además, el usuario mantiene el control total, pudiendo revisar o eliminar sus recuerdos médicos y revocar permisos a aplicaciones externas.

CONECTIVIDAD TOTAL

Según OpenAI la verdadera potencia de ChatGPT Salud reside en su capacidad para centralizar información que suele estar dispersa en portales, aplicaciones y dispositivos. La plataforma permite conectar registros médicos electrónicos (EHR) y aplicaciones de bienestar como Apple Health, MyFitnessPal o Function, para obtener respuestas contextualizadas.

En Estados Unidos, OpenAI se ha asociado con b.well, una red que conecta a más de 2,2 millones de proveedores sanitarios, permitiendo un intercambio seguro de datos en tiempo real.

Esta integración permite al chatbot realizar tareas complejas y personalizadas, como interpretar resultados de análisis de sangre y sugerir preguntas para el médico, identificar patrones de salud a lo largo del tiempo, ofreciendo consejos de nutrición, macros y recetas personalizadas o sugerir entrenamientos.

En el ámbito clínico, los hábitos están cambiando: el 55% de los adultos que usan IA la emplean para un chequeo preliminar de síntomas, mientras que el 48% la usa para comprender términos complejos o instrucciones de sus médicos que no quedaron claras durante la consulta.

PRECISIÓN CONTRA EL "BURNOUT"

Para los profesionales, esta tecnología se presenta como un aliado crucial frente al agotamiento crónico o burnout. En 2024, el 66% de los médicos estadounidenses ya utilizaban algún tipo de IA en su práctica, un aumento significativo respecto al 38% del año anterior. Los bibliotecarios médicos lideran el uso semanal con un 53%, seguidos por las enfermeras (46%) y los farmacéuticos (41%). Tres de cada cuatro médicos (72%) afirma que aumenta su eficiencia operativa al automatizar tareas administrativas.

Además, plataformas como OpenEvidence permiten a los médicos, especialmente en zonas rurales, acceder a respuestas científicas precisas con citas bibliográficas actualizadas para tratar casos graves.

La educación médica también está viviendo una transformación; en la Universidad de Stanford, el proyecto Clinical Mind AI utiliza esta tecnología para crear simulaciones de pacientes realistas, permitiendo que los estudiantes practiquen el razonamiento clínico en entornos de telemedicina simulados sin riesgo para personas reales.

UN DESARROLLO LIDERADO POR LA CIENCIA MÉDICA

Esta herramienta ha sido desarrollada en colaboración directa con más de 260 médicos de 60 países y diversas especialidades. Durante dos años, estos expertos evaluaron más de 600.000 interacciones para definir criterios clínicos rigurosos sobre cómo la IA debe comunicar información.

RIESGOS, LÍMITES Y EL FUTURO COMERCIAL

A pesar de los avances, la compañía enfatiza que ChatGPT Salud no está diseñado para realizar diagnósticos ni emitir tratamientos, sino que está diseñada para ofrecer claridad y preparación antes de una consulta.

Se han desplegado sistemas de salvaguarda para evitar respuestas alarmistas y redirigir automáticamente a recursos presenciales cuando se detectan situaciones de peligro, especialmente en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, existen controversias, como la posibilidad de que la IA exacerbe cuadros de ansiedad o hipocondría en algunos usuarios.

Además, se ha planteado un debate ético sobre el futuro de estos datos. Sam Altman, director ejecutivo de OpenAI, ha sugerido que la empresa valora utilizar datos de los usuarios para desarrollar productos publicitarios segmentados en el futuro, lo que requerirá una vigilancia estrecha sobre las políticas de privacidad.

Por ahora, el acceso a la plataforma se encuentra en una fase de prueba escalonada, disponible inicialmente en Estados Unidos y otros países fuera del Espacio Económico Europeo, como Suiza y Reino Unido, aunque se prevé su expansión internacional en las próximas semanas.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Investigación

"Cada campaña de gripe es una ocasión para implementar medidas innovadoras"

Ángel Gil (URJC y GRIPEXPERT) hace balance de esta atípica temporada de gripe marcada por la variante K

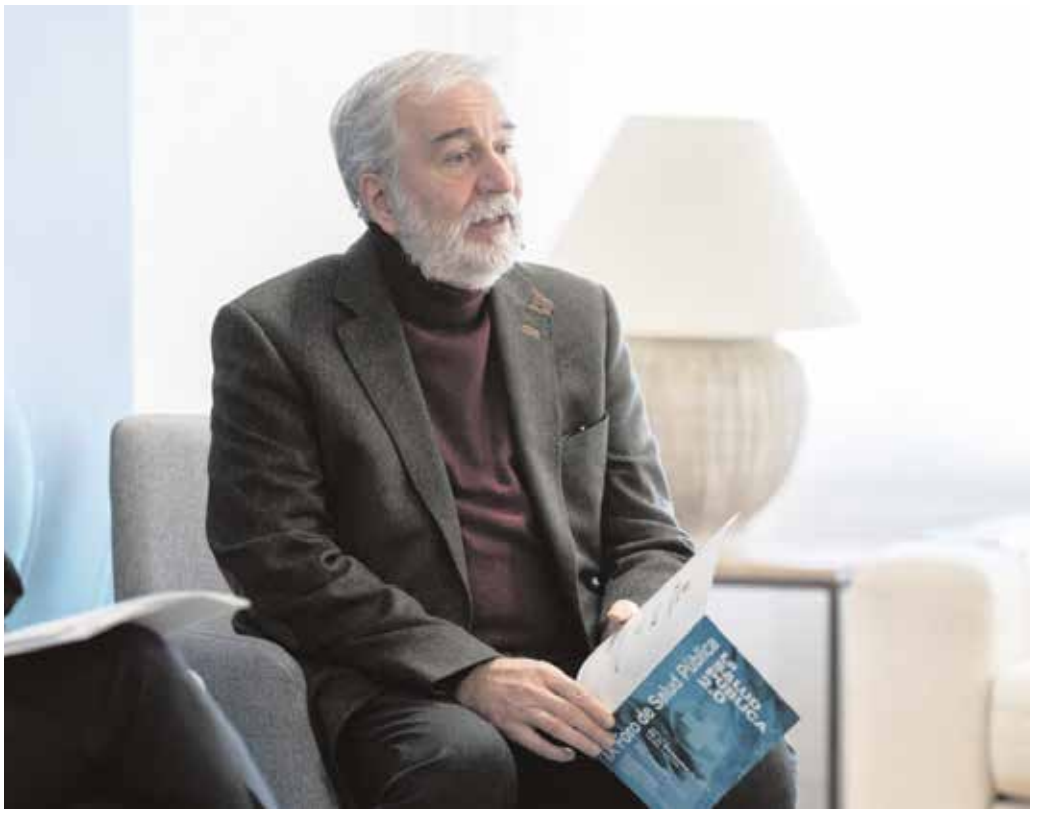
ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La temporada de gripe 2025-2026 en España se ha caracterizado por una evolución atípica, con una incidencia que, aunque ha descendido con rapidez tras la primera ola, ha mostrado señales de ralentización. Este comportamiento se ha vinculado, principalmente, a la circulación predominante de la variante K de la gripe, que ha condicionado tanto la dinámica de transmisión como la respuesta inmunitaria de la población. Gaceta Médica entrevista a Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos y miembro de GRIPEXPERT, para analizar la situación.

"Estamos en un impasse. La incidencia ha bajado en picado, pero la bajada ahora se está ralentizando. Dado que estamos a mediados de enero, no podemos descartar que haya un pico de incidencia de pronto, que, por supuesto, no va a llegar a 300 casos por 100.000 habitantes, pero parece difícil que haya una gran subida", explica Gil, uno de los mayores expertos a nivel nacional en materia de Salud Pública.

Ante esta situación, insiste en la necesidad de mantener las medidas de precaución y recuerda que la vacunación sigue disponible. "La gente debe saber que la vacunación está abierta y que, hasta finales de enero, si alguien quiere vacunarse, puede hacerlo", añadió.

Este año se ha registrado un incremento en la cobertura vacunal, especialmente en grupos de riesgo. La percepción de una temporada más intensa de lo habitual en las primeras semanas, marcada por la rápida expansión de la variante K de la gripe, ha actuado como incentivador para la vacunación En este sentido, Gil de Miguel señala que dos factores han sido determinantes: la alta incidencia registrada en diciembre y la actitud proactiva de algunas comunidades autónomas.



Ángel Gil. Foto: Jon Imanol Reino.

"La incidencia y la proactividad de las comunidades y las consejerías han ayudado a aumentar la cobertura. Cuando se refuerzan los mensajes y se insiste en la vacunación, la población responde", afirmó el experto. Según los últimos datos disponibles, comunidades como Andalucía y la Comunidad de Madrid han logrado mejorar notablemente sus tasas de vacunación respecto a campañas previas.

VACUNACIÓN DE LOS MAYORES

Uno de los principales avances de esta temporada ha sido el uso de vacunas mejoradas en mayores de 60 y 65 años, que han demostrado una eficacia superior frente a las cepas circulantes, incluso cuando no estaban específicamente diseñadas para la variante predominante.

"Las vacunas de inmunogenicidad aumentada y de alta carga protegen mejor y son las que se emplean mayoritariamente en personas mayores y en residencias. Además, se ha visto que estas vacunas han bajado menos en su eficacia frente a esta cepa", explica Gil. El experto subraya que la protección que ofrecen estas vacunas puede reducir hasta un 50% las hospitalizaciones y muertes con coberturas del 60%, y que, "si se superan tasas del 75%, el efecto preventivo podría alcanzar hasta el 80% en la población mayor".

> **"Si se supera el 75% de vacunación con mejoradas, el efecto preventivo alcanzaría hasta el 80% en mayores"**

Además, los datos actuales muestran que el aumento de la cobertura ha contribuido a reducir la onda epidémica. "Cuando aumenta la cobertura de vacunación, la onda epidémica ha ido bajando. Esto es especialmente relevante en mayores, donde el riesgo de complicaciones es mayor", señala el experto.

SE DEBE MEJORAR ENTRE SANITARIOS

A pesar de los avances en la vacunación de mayores y niños, la cobertura entre los profesionales sanitarios sigue siendo insuficiente. Según Gil, "lamentablemente, la cobertura en sanitarios sigue siendo igual de baja en todas las comunidades. Tenemos un margen muy amplio de mejora".

Sin embargo, insiste en que la promoción positiva funciona mejor que la acusación: "Si indicamos a los sanitarios que la vacuna está disponible y que protege, su respuesta es más favorable que si se les acusa de no vacunarse".

LECCIONES DE ESTA TEMPORADA

En lo que llevamos de temporada la campaña de gripe de este año ha dejado varias enseñanzas para la Salud Pública. Entre ellas, la necesidad de tratar cada temporada como un desafío nuevo, ya que la gripe puede comportarse de manera diferente cada año.

"Cada año es distinto. No podemos caer en la rutina de la vacunación. Cada campaña es una oportunidad para implementar medidas innovadoras y reforzar la protección de la población", señala Gil de Miguel. Este año, la aparición de la variante K de la gripe con cambios antigénicos mayores ha recordado la importancia de mantenerse alerta y de adaptar las estrategias a la situación epidemiológica concreta.

Asimismo, el experto destaca que las vacunas actuales son mucho más efectivas y seguras que las de décadas anteriores. "La gente se queda con el recuerdo de las vacunas de los años 60 o 70. Las vacunas que tenemos hoy tienen eficacia, efectividad y seguridad mucho mejores", afirma.

Con la temporada de gripe en curso, el mensaje central es claro: la vacunación sigue siendo la principal herramienta de prevención, especialmente para los grupos más vulnerables. Gil insiste, en este punto, en que "la vacuna sigue estando a disposición de la población durante todo enero. Si alguien no se ha vacunado, debería hacerlo, especialmente los mayores y aquellas personas en situación de riesgo".

En resumen, la temporada de gripe 2025-2026 ha mostrado una evolución atípica, con una incidencia en descenso, pero con posibilidad de repuntes localizados. La vacunación ha jugado un papel crucial para contener la epidemia, con especial protagonismo de las vacunas mejoradas en mayores, que han reducido significativamente el riesgo de hospitalización y muerte.

Los expertos, como Ángel Gil, recuerdan, además, que cada año presenta nuevos retos y que la vigilancia epidemiológica, la cobertura vacunal y la innovación en estrategias siguen siendo esenciales para proteger a la población.

¿Por qué la gripe ha impactado con más fuerza esta temporada en todo el mundo?

El desajuste entre la cepa vacunal y el virus dominante (subclado K de H3N2) han sido las claves

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Millones de personas en todo el mundo pueden dar fe de que esta no es una temporada de gripe cualquiera. El virus de la influenza está provocando un aumento inusual de infecciones y hospitalizaciones en países como Reino Unido, Italia, Estados Unidos o Japón, donde los sistemas sanitarios han registrado picos de casos antes y con mayor intensidad de lo habitual. De hecho, la situación en el país nipón en el mes de octubre ya daba pistas de lo que se podía esperar en el resto del globo. En España, al igual que en sus países vecinos, la gripe impactó significativamente en la población, adelantando el pico gripal, que se alcanzó antes que en otras temporadas y que coincidió de lleno con las fiestas navideñas.

En un análisis publicado por la revista Nature, Andrew Pekosz, virólogo de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, señaló que "de repente, todo el mundo está viendo no solo casos, sino un gran número de casos".

IMPACTO GLOBAL DE LA GRIPE

En muchos países, la temporada gripal se adelantó varias semanas y avanzó con rapidez. Japón declaró una epidemia de gripe ante el número inesperadamente alto de infecciones, mientras que en Australia la circulación del virus se prolongó al menos un mes más de lo normal. En Canadá, el impacto fue simultáneo en todo el país. "Todas las provincias y territorios experimentaron un aumento masivo de casos al mismo tiempo, lo que ejerce una enorme presión sobre el sistema de salud", explicó a Nature Eleni Galanis, directora general de la Agencia de Salud Pública de Canadá. Aunque todavía es pronto para evaluar con precisión cómo se comparará esta temporada con las más graves de las últimas décadas, los expertos coinciden en que la situación es peor que la media.

La vacunación continúa ofreciendo defensa frente a enfermedad grave y complicaciones

EL PROTAGONISMO DE H3N2

Buena parte del repunte global tiene un responsable claro: el subtipo H3N2 del virus de la gripe, conocido por su elevada capacidad de mutación. En particular, una variante denominada subclado K se convirtió en dominante a escala mundial a partir de septiembre y actualmente representa alrededor del 80% de las infecciones de influenza. "Todo se puede atribuir a esta variante del clado K", afirmó Pekosz.

El H3N2 no es nuevo: lleva décadas circulando entre la población humana. Sin embargo, no había sido dominante en las últimas temporadas de gripe, lo que significa que muchas personas tenían una inmunidad relativamente baja frente a este subtipo al inicio del actual invierno. Ese "regreso" del H3N2 ha coincidido, además, con una rápida acumulación de mutaciones que lo diferencian notablemente de la cepa incluida en la vacuna antigripal.

UN DESAJUSTE VACUNAL

Cada año se actualiza la composición de la vacuna contra la gripe para adaptarla a la evolución genética del virus. Sin embargo, el calendario juega en su contra. Los modelos sugieren que el subclado K surgió ya en febrero del año pasado, pero no se secuenció hasta junio, meses después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) seleccionara las cepas que servirían de base para las vacunas de la temporada actual en el hemisferio norte.

"Hay un desajuste entre la cepa de la vacuna y la cepa que está circulando", explicó Scott Hensley, virólogo de la Universidad de Pensilvania. Ese desfase se debe en gran parte a la velocidad a la que evoluciona el H3N2. Según Nature, un análisis no publicado mostró que este subtipo suele acumular entre una y tres mutaciones adicionales cada seis meses respecto a la cepa vacunal, pero el subclado K presenta hasta 11 mutaciones en la proteína hemaglutinina.

Esta proteína forma las espículas que recubren la superficie del virus y permiten su unión a las células humanas. Tras una infección o la vacunación, el sistema inmunitario produce anticuerpos dirigidos precisamente contra la hemaglutinina. El problema es que incluso una sola mutación puede impedir que esos anticuerpos se unan eficazmente al virus, facilitando que escape a la respuesta inmune.

PROTECCIÓN FRENTE A LA GRAVEDAD

Pese a esta situación, los expertos insisten en que las vacunas actuales siguen siendo una herramienta clave. Existen evidencias de que, aunque la protección frente a la infección pueda verse reducida, la vacunación continúa ofreciendo defensa frente a la enfermedad grave y las complicaciones.

En una preimpresión publicada a principios de enero, se observó que, en algunas personas, la vacuna genera suficientes anticuerpos cruzados contra el subclado K como para reducir el riesgo de cuadros severos, aunque el estudio aún no ha sido revisado por pares.

Los virólogos también apuntan a un factor estructural: los bajos niveles de vacunación contra la gripe en muchas regiones del mundo. "Las infecciones probablemente contribuyen más a mantener altos los niveles de inmunidad que la vacunación", señaló Ian Barr, subdirector del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Gripe en Melbourne. A su juicio, el resurgimiento del H3N2 era solo cuestión de tiempo. "Era inevitable que volviera tarde o temprano. Eso es lo que está sucediendo este año".

Mientras la investigación avanza —incluidos los esfuerzos por desarrollar una vacuna universal contra la gripe—, los expertos subrayan la importancia de reforzar la vigilancia genómica, mejorar las coberturas vacunales y mantener las medidas de prevención para mitigar el impacto de una temporada gripal que ha puesto en alerta a medio mundo.

Por qué el Centro de Protonterapia de Galicia marcará "un antes y un después"

Del imán superconductor al alineamiento de 0,6 milímetros que revolucionarán el tratamiento oncológico

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

El próximo Centro de Protonterapia de Santiago de Compostela se erige como el proyecto más avanzado de los nueve que integran el plan nacional. Con una ejecución que ya supera el 91%, el edificio anexo al Hospital Clínico de Santiago de Compostela se prepara para albergar la tecnología más precisa en la lucha contra el cáncer, posicionando al Servizo Galego de Saúde (Sergas) como el referente para todo el noroeste peninsular y el norte de Portugal. Hemos hablado con Manuel Sánchez García, coordinador del Centro, para conocer de cerca el funcionamiento y potencial de esta tecnología de vanguardia.

UN PROCESO DE ALTA COMPLEJIDAD

Desde que el pasado mes de noviembre comenzaran a llegar al puerto de Vigo los componentes del acelerador de protones Proteus ONE, fabricados ex profeso en la ciudad belga de Lovaina, el centro ha entrado en una fase técnica de extrema delicadeza que se prolongará durante un año.

Según explican los responsables del proyecto, la fase actual se centra en "la instalación de la compleja arquitectura informática y la puesta a punto de los sistemas de vacío y criogenia, fundamentales para el imán superconductor del ciclotrón". En esta etapa "se empieza produciendo un haz de protones de baja calidad cuyas propiedades se mejoran alineando componentes y actuando sobre imanes hasta que el haz alcanza el cabezal de tratamiento. El proceso se repite hasta llegar con un haz de protones de alta calidad al cabezal de tratamiento y los pacientes. A modo anecdótico, cada vez que se mueve la bobina del ciclotrón para mejorar su alineamiento hay que bajar y levantar el campo magnético. Pero esta tarea no admite prisas". Por ejemplo, cada vez que es necesario ajustar la bobina del ciclotrón para perfeccionar su alineamiento, "se debe bajar y volver a levantar el campo magnético", una operación que consume entre siete y ocho horas de trabajo ininterrumpido.

Uno de los hitos físicos más espectaculares "ha sido la instalación de un contrapeso de 25 toneladas, pieza que llegó de forma terrestre y que resulta crítica para el gantry (brazo giratorio) del equipo". Esta estructura de 75 toneladas debe rotar alrededor del paciente con un margen de error máximo de alineamiento de apenas 0,6 mm, por lo que "la estabilidad mecánica de este sistema, que debe asegurar un movimiento preciso y suave, depende en gran medida de ese contrapeso, lo que garantiza que la radiación impacte con precisión quirúrgica en el tejido tumoral". "La dificultad viene de la acumulación de tareas, las interdependencias entre ellas y con los servicios externos", aclara Sánchez, asegurando que "la entrada del contrapeso fue un hito porque marcó el inicio de la entrada de los grandes componentes del acelerador. Desde la llegada del contrapeso hasta la entrada del último componente, el acelerador, pasó tan solo una semana".

Búnker de hormigón de alta densidad del centro de Protonterapia de Galicia. Foto: Xunta de Galicia.

"Respecto a las autorizaciones y garantías, un papel muy relevante es el del Consejo de Seguridad Nuclear. Tenemos reuniones mensuales con ellos donde les explicamos el estado del cronograma y los siguientes pasos previstos para que ellos puedan decidir cuándo venir a realizar las inspecciones oportunas. Ya hemos tenido la primera y tendremos al menos otras dos antes de tratar pacientes. En todo momento se trata de asegurar que la operación de la instalación radiactiva es segura para los pacientes, trabajadores y público en general", insiste el coordinador.

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

La magnitud del centro se refleja también en sus cifras financieras. La inversión global supera los 60 millones de euros, un presupuesto que se ha articulado mediante una estrecha colaboración entre administraciones y el sector privado. Como el caso de la Fundación Amancio Ortega ha aportado 28 millones de euros destinados específicamente a la adquisición de la tecnología de protonterapia de última generación. Por su parte, la Xunta de Galicia ha invertido cerca de 32 millones de euros en la obra civil y en equipamiento complementario de imagen, contando con el respaldo de los fondos europeos FEDER 2021-2027.

El presidente de la Xunta, Alfonso Rueda, ha calificado este proyecto como un "antes y un después para la sanidad gallega", destacando que "Galicia será la primera comunidad autónoma en ofrecer esta técnica de forma pública". El centro no es solo una infraestructura para los gallegos; está diseñado para atender a una población de referencia que incluye Asturias, Castilla y León y el norte de Portugal, con una capacidad estimada de 250 pacientes al año, aunque "asumirá pacientes de otras zonas hasta que el resto de centros estén activos". "Existe un grupo de trabajo en el Ministerio, del que Galicia forma parte, para definir el mecanismo de derivación de pacientes a centros de protonterapia. Uno de los criterios de ese grupo de trabajo es que todos los pacientes puedan acceder a la técnica de manera equitativa, cuenten con un centro en su comunidad o no", aclara Sánchez.

LA FORMACIÓN DE UN EQUIPO DE ÉLITE

Para manejar una instalación radiactiva de este calibre, el Sergas no ha escatimado en la preparación de su capital humano: "Un equipo central de seis especialidades, oncólogos radioterápicos, radiofísicos hospitalarios y técnicos superiores, se encuentra actualmente inmerso en un programa de formación exhaustiva que incluye estancias de hasta seis meses en centros de referencia internacional. Además, deben obtener las licencias de supervisor y operador otorgadas por el Consejo de Seguridad Nuclear".

EL FOCO EN LA INFANCIA Y TUMORES COMPLEJOS

A este equipo local se suma un grupo internacional de nueve ingenieros y físicos de nacionalidades tan diversas como checa, italiana, taiwanesa o británica que permanecerán en Santiago durante todo el proceso de calibración y puesta en marcha.

La gran ventaja de los protones frente a la radioterapia convencional es su capacidad de depositar la dosis máxima de radiación exactamente en el tumor y detenerse, "evitando la dosis de salida que daña los tejidos sanos circundantes". Esta característica es vital en los tumores pediátricos, ya que permite "minimizar la irradiación de tejidos sanos en crecimiento y evitar complicaciones a largo plazo", como el desarrollo de segundos tumores.

Para asegurar su eficacia "existe una iniciativa para generar un Registro Único de Protonterapia a nivel nacional para registrar datos de pacientes tratados con esta técnica. Eso va a permitir muchos análisis, desde retrospectivos multicéntricos a intercomparaciones".

UN BÚNKER PARA LA CIENCIA

El edificio, que cuenta con más de 5.600 m² construidos, no ha sido concebido únicamente como un espacio asistencial. "De sus dos búnkeres, construidos con 10.000 toneladas de hormigón de alta densidad, con paredes de 2,5 metros de espesor, uno se dedicará íntegramente a la investigación científica", explican desde el equipo.

Este enfoque busca liderar un cambio de paradigma en la oncología, ya que tradicionalmente, se ha explotado la ventaja física de los protones, pero la investigación actual en el centro gallego se centrará en sus efectos biológicos. "El objetivo es comprender cómo la radiación modula el sistema inmune o provoca cambios vasculares y estromales a nivel molecular, celular y sistémico".

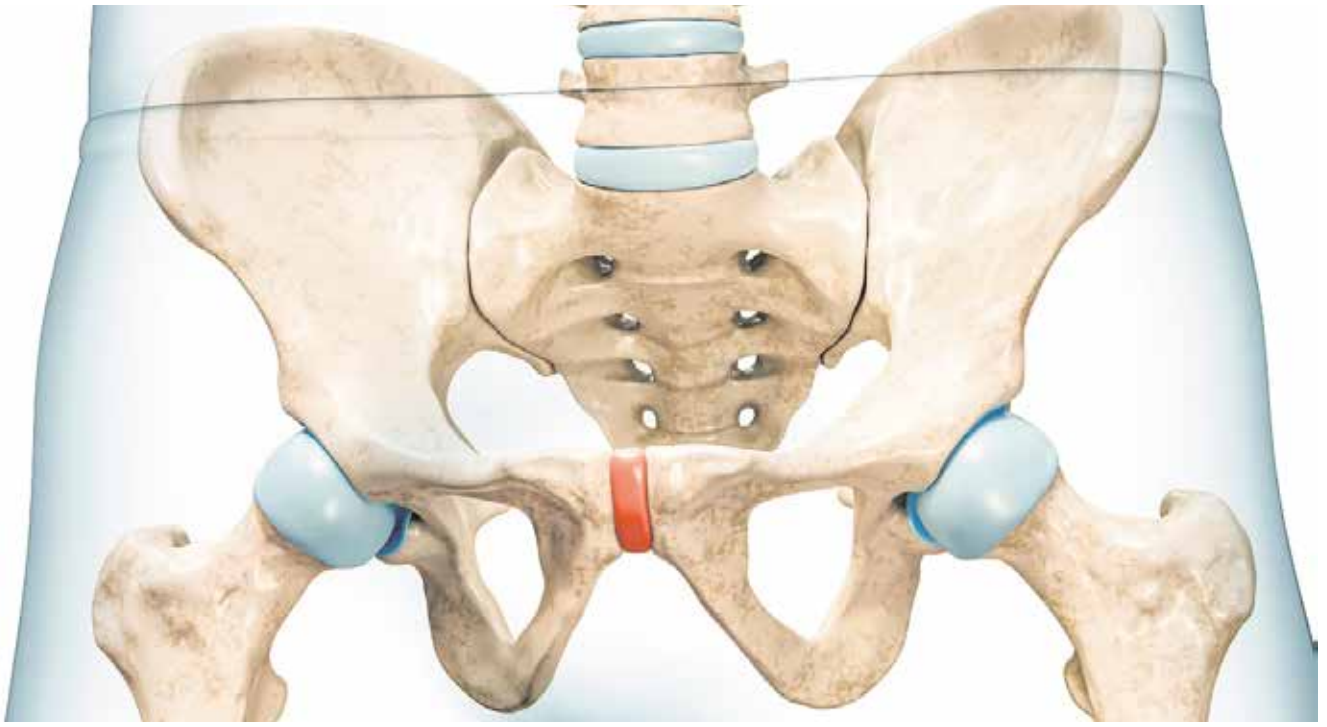
En definitiva, el centro funcionará como una plataforma de investigación abierta e interdisciplinar, colaborando con universidades y otros institutos para elevar el índice terapéutico de este tratamiento a nivel global. Se promoverá la colaboración con universidades, Institutos de investigación, sociedades científicas y otros centros de protonterapia.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Qué es la osteomielitis de la sínfisis púbica diagnosticada a Salvador Illa

Luis Buzón, portavoz de la SEIMC, explica las claves de esta patología inusual, así como sus síntomas y tratamiento

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid



La sínfisis púbica en color rojo.

El reciente diagnóstico de osteomielitis de la sínfisis púbica de Salvador Illa, quien ya se encuentra en planta en el Hospital Vall d'Hebron donde continuará el tratamiento, ha puesto el foco mediático sobre una enfermedad poco conocida. Se trata de una patología infecciosa infrecuente que afecta a una estructura ósea concreta de la pelvis y que, aunque rara, suele aparecer en contextos clínicos muy específicos.

"La osteomielitis de la sínfisis púbica es una infección de una estructura ósea muy concreta, la sínfisis del pubis, que es la articulación situada en la parte anterior de la pelvis", explica Luis Buzón, portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), en declaraciones a Gaceta Médica. El experto recalca que sus declaraciones se refieren exclusivamente a "cuestiones genéricas" y que desconoce por completo las circunstancias clínicas del caso del presidente de la Generalitat.

La sínfisis púbica es una estructura anatómica clave de la pelvis, situada en la línea media del cuerpo, en el plano sagital, donde forma una articulación entre ambos huesos púbicos. Debido a sus características estructurales y funcionales, desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la estabilidad e integridad pélvica, actuando como un elemento esencial para el soporte del tronco y la movilidad de las extremidades inferiores.

EL PERFIL MÁS HABITUAL

Según Buzón, el perfil más habitual de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad es bastante definido. "Lo más frecuente es que se trate de varones con antecedentes urológicos, muchas veces con enfermedades de próstata o de vejiga, y en no pocos casos con antecedentes oncológicos", señala el experto. Son pacientes que, a lo largo de su evolución clínica, han sido sometidos a cirugías, radioterapia u otros procedimientos invasivos en la pelvis.

La explicación está en la anatomía. La vejiga y la próstata se sitúan justo detrás de la sínfisis púbica, separadas por planos anatómicos muy cercanos. "Por complicaciones quirúrgicas, perforaciones vesicales u otros problemas locales, puede producirse una contaminación directa del hueso y de la articulación", detalla el portavoz de la SEIMC.

"Por complicaciones quirúrgicas, perforaciones vesicales u otros problemas locales, puede producirse una contaminación directa del hueso y de la articulación"

Aunque también puede aparecer en mujeres, por ejemplo tras partos complejos o cirugías pélvicas, los especialistas subrayan que siempre suele existir una enfermedad o una intervención previa en esa zona anatómica. "Es extraordinariamente raro que la osteomielitis del pubis aparezca sin un problema local previo", afirma Buzón.

La diseminación de bacterias a través de la sangre, lo que se conoce como vía hematógena, es posible, pero constituye una forma de presentación mucho menos frecuente que la infección por contigüidad desde órganos vecinos.

Uno de los puntos clave que los expertos consideran importante aclarar es la confusión habitual con otras patologías del pubis. "La osteomielitis infecciosa no tiene absolutamente nada que ver con la osteítis u osteopatía del pubis que se ve en deportistas", subraya el especialista de la SEIMC. Estas últimas son patologías inflamatorias o mecánicas, relacionadas con la sobrecarga física, que afectan a jóvenes y atletas d élite, y no forman parte del diagnóstico diferencial de la infección crónica del hueso.

UNA PATOLOGÍA QUE "DA LA CARA"

Desde el punto de vista clínico, la osteomielitis de la sínfisis púbica es una enfermedad que "da la cara", puntualiza Buzón. El síntoma predominante es el dolor intenso y persistente en la región púbica, acompañado de impotencia funcional, ya que la infección va destruyendo progresivamente la articulación y las ramas óseas que confluyen en ella.

En fases avanzadas, explica el experto infectólogo, pueden aparecer colecciones de pus que se extienden a planos vecinos, incluso hacia el muslo o la parte posterior de la pelvis.

El diagnóstico, según Buzón, no suele ser especialmente complejo una vez se sospecha la enfermedad. "La clínica orienta mucho y las pruebas de imagen, como un TAC de pelvis, permiten ver la afectación ósea", explica. La confirmación definitiva llega cuando se obtienen muestras del hueso infectado que permiten identificar el microorganismo responsable, ya sea una bacteria o, en casos menos frecuentes, un hongo.

En cuanto al tratamiento, los especialistas son claros: las osteomielitis crónicas en adultos requieren casi siempre un abordaje quirúrgico. "Una infección crónica de un hueso no se cura solo con antibióticos; es necesario eliminar el hueso infectado mediante cirugía", afirma el portavoz de la SEIMC. A la intervención se asocia posteriormente un tratamiento antimicrobiano dirigido, basado en los resultados microbiológicos obtenidos.

LAS BACTERIAS IMPLICADAS

Cuando la osteomielitis crónica de la sínfisis púbica se desarrolla en el contexto de enfermedades del ámbito urológico, el perfil microbiológico suele ser bastante predecible. "Habitualmente, cuando el origen está relacionado con problemas de vejiga o próstata, las bacterias implicadas son las mismas que producen infecciones urinarias", explica Luis Buzón.

En estos casos, los microorganismos aislados con mayor frecuencia son enterobacterias y enterococos, aunque también pueden aparecer, con menor frecuencia, bacilos gramnegativos no fermentadores. Además, el especialista advierte de que, en determinados contextos clínicos complejos, "también pueden estar implicadas levaduras del género Candida", especialmente en pacientes con múltiples procedimientos previos o tratamientos prolongados. Este perfil microbiológico condiciona de forma directa el tratamiento.

De acuerdo con el portavoz de la SEIMC, "la terapia antibiótica siempre va dirigida al microorganismo aislado en cada caso y se ajusta en función de la información que proporciona el antibiograma".

Los expertos insisten en la importancia de manejar esta patología en centros con experiencia multidisciplinar y de transmitir información rigurosa y prudente cuando estos diagnósticos trascienden al debate público, en este caso al tratarse de un personaje de la escena política.

"Es fundamental dejar claro que estas explicaciones son generales y no describen ni presuponen nada sobre ningún caso concreto", recalca Buzón, una advertencia especialmente relevante cuando la enfermedad afecta a una figura pública y despierta un interés mediático elevado.

Estas son las recomendaciones de vacunación para adultos en España: el calendario de 2026

El calendario común recuerda que la protección frente a enfermedades prevenibles continúa durante toda la vida

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La vacunación no termina en la infancia. Por ello, el calendario común de vacunación e inmunización a lo largo de toda la vida, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) en diciembre de 2025, establece de forma clara qué vacunas se recomiendan en la edad adulta para mantener la protección frente a enfermedades prevenibles, adaptándose a la edad, el estado de salud y las situaciones de riesgo.

Las autoridades sanitarias recuerdan que revisar el estado vacunal en la edad adulta es clave para prevenir complicaciones graves, reducir hospitalizaciones y proteger a los colectivos más vulnerables. El contacto con el sistema sanitario —ya sea en Atención Primaria, hospitalaria o en los servicios de prevención de riesgos laborales— debe aprovecharse para comprobar qué vacunas están al día y cuáles deben administrarse.

VACUNAS RECOMENDADAS

Una de las vacunas fundamentales a lo largo de la vida es la de tétanos y difteria (Td). En personas adultas se recomienda verificar el estado vacunal previo y completar la primovacunación hasta un total de cinco dosis si fuera necesario. En quienes recibieron correctamente las cinco dosis durante la infancia y adolescencia, se aconseja una dosis de recuerdo en torno a los 65 años.

La triple vírica frente a sarampión, rubéola y parotiditis sigue siendo una prioridad en adultos nacidos a partir de 1978 que no tengan constancia de vacunación o inmunidad. En estos casos, se recomiendan dos dosis separadas por al menos cuatro semanas, o una dosis adicional si solo se recibió una previamente. Esta medida resulta relevante para prevenir brotes, que siguen produciéndose de forma esporádica en Europa.

También se recomienda la vacunación frente a varicela en adultos sin evidencia de inmunidad. Antes de vacunar, se aconseja realizar una determinación serológica y, si es negativa, administrar dos dosis separadas entre cuatro y ocho semanas. Esta vacuna está contraindicada en embarazadas y personas inmunodeprimidas.

HEPATITIS B Y A

La hepatitis B continúa siendo una vacuna prioritaria en adultos no vacunados con anterioridad. La pauta habitual consta de tres dosis (0, 1 y 6 meses), aunque existen esquemas acelerados en situaciones específicas. Antes de vacunar a personas con factores de riesgo, se recomienda realizar marcadores serológicos y un seguimiento posterior en colectivos como personal sanitario, personas en diálisis o con infección por VIH.

En el caso de la hepatitis A, la vacunación no es universal, sino que se dirige a personas con riesgo de infección o de complicaciones, como quienes padecen enfermedad hepática crónica, personas con VIH o quienes viajan a zonas de alta endemicidad. La pauta recomendada es de dos dosis separadas por al menos seis meses.

VACUNACIÓN ESTACIONAL

La gripe sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad evitable en mayores y en quienes presentan enfermedades crónicas. El calendario recomienda una dosis anual a partir de los 60-65 años, así como a embarazadas, personas institucionalizadas y adultos de riesgo, además de cuidadores y convivientes.

La vacunación frente a COVID-19 se mantiene en adultos mayores según la situación epidemiológica. Para la temporada 2025-2026, se recomienda una dosis a partir de los 70 años, así como en embarazadas, ajustando las indicaciones en función de futuras evaluaciones.

NEUMOCOCO Y HERPES ZÓSTER

A partir de los 65 años, se recomienda la vacunación frente a la enfermedad neumocócica, con especial énfasis en personas con patologías crónicas o factores de riesgo. En función de la situación clínica, se puede indicar la vacuna polisacárida (VNP23) sola o combinada con la vacuna conjugada (VNC13).

El calendario 2026 también consolida la vacunación frente al herpes zóster. Se recomienda la vacunación sistemática a los 65 años, con dos dosis separadas por al menos ocho semanas, y la captación de cohortes de mayor edad, priorizando a quienes presentan mayor riesgo.

GRUPOS DE RIESGO

Además de la edad, el calendario establece recomendaciones específicas para grupos de riesgo, como personas con inmunodepresión, infección por VIH, enfermedad renal crónica, patologías cardiovasculares o respiratorias, hepatopatías, asplenia, tabaquismo o determinadas prácticas sexuales.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Detalles y novedades del calendario de vacunación infantil acordado para este año

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

España cuenta desde finales de 2025 con el calendario infantil de vacunación recomendado para 2026, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), al que se suman, como cada año, las recomendaciones científicas del Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Ambos documentos refuerzan el papel de la vacunación como una de las principales herramientas de prevención en la infancia y la adolescencia.

A diferencia de la decisión de Estados Unidos respecto a sus recomendaciones vacunales, reduciendo de 17 a 10 las vacunas recomendadas, el calendario común del SNS mantiene la vacunación sistemática frente a las principales enfermedades infecciosas desde los primeros meses de vida, e incorpora tablas específicas para menores y adolescentes con condiciones de riesgo, con recomendaciones diferenciadas según la patología. Paralelamente, la AEP ha presentado su calendario de vacunaciones e inmunizaciones para 2026, publicado en Anales de Pediatría, que introduce novedades relevantes y vuelve a reclamar un calendario único financiado en todas las comunidades autónomas.

LA HEPATITIS A, PRINCIPAL INCORPORACIÓN

La actualización más destacada del calendario del CAV-AEP es la incorporación de la vacunación sistemática frente a la hepatitis A, con una dosis única entre los 12 y 15 meses de edad y una vacunación de rescate para el resto de niños y adolescentes que no hayan sido inmunizados. La decisión responde al repunte de casos registrado en los dos últimos años en la mayoría de las comunidades autónomas.

"España, hasta ahora, era un país con baja endemicidad de hepatitis A, por lo que la vacunación estaba recomendada únicamente para grupos de riesgo, salvo estas tres excepciones", aseguró el coordinador del CAV-AEP, Francisco Álvarez, en un comunicado. "El aumento de casos en estos dos últimos años en la mayoría de las comunidades autónomas nos obliga, sin embargo, a reforzar la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, así como a robustecer la prevención con la vacunación", añadió.

Actualmente, solo Cataluña —donde se inició como plan piloto en Barcelona—, Ceuta y Melilla incluyen esta vacuna en sus calendarios infantiles, una situación que la AEP considera un ejemplo más de la desigualdad territorial en el acceso a la protección vacunal.

GRIPE: DE LOS 6 MESES A LOS 17 AÑOS

Otra de las recomendaciones es la vacunación antigripal universal en niños y adolescentes entre los 6 meses y los 17 años, una propuesta ya planteada en la campaña de otoño. Los pediatras urgen a mejorar las coberturas en convivientes y cuidadores de pacientes de riesgo, en familias con menores de 6 meses, en embarazadas y en sanitarios.

En línea con esto, el calendario del SNS contempla la vacunación antigripal estacional en población infantil con condiciones de riesgo y vulnerables, así como pautas específicas para prematuros y menores con patologías crónicas.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

EDUARDO TERÁN, oncólogo especialista en tumores esofagogástricos en el Hospital Vall d'hebron

"La desigualdad en pruebas moleculares condiciona quién se beneficia de la innovación"

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Pregunta. El cáncer gástrico tiene en España una supervivencia a cinco años que apenas supera el 28%. ¿Por qué sigue siendo una "crisis silenciosa"?

Respuesta. Efectivamente, los tumores gastroesofágicos representan un problema de salud pública importante. Solo en 2025 se diagnosticaron algo más de 7.000 nuevos casos en España, situándose como el quinto tumor en incidencia. La mortalidad en estadios avanzados continúa siendo muy elevada y, pese a ello, la falta de visibilidad mediática limita la inversión en investigación y el acceso a nuevos fármacos en este tumor.

A esto se suma un fenómeno emergente: el incremento de casos de cáncer gástrico en menores de 50 años. En estos pacientes los síntomas suelen ser inespecíficos y la sospecha clínica se diluye, lo que retrasa el diagnóstico. Por tanto, garantizar un diagnóstico precoz es un desafío crítico.

Además, en el contexto actual, donde hablamos de oncología de precisión, asegurar un estudio molecular adecuado, el acceso a tratamientos innovadores y la valoración en comités multidisciplinares sigue siendo complejo en muchos centros. Todo ello exige una coordinación real entre distintos profesionales y niveles asistenciales, un aspecto que aún no está plenamente optimizado.

P. ¿Qué medidas concretas deberían implementarse para avanzar hacia una detección más precoz de este cáncer?

R. Si bien el cribado poblacional en cáncer gástrico no está estandarizado en nuestro país, a diferencia de Japón o Corea, donde la elevada incidencia lo justifica, avanzar hacia una detección más temprana sigue siendo esencial. Así, resulta fundamental formar e implicar a todos los niveles asistenciales, desde atención primaria hasta digestivo, para que ante síntomas digestivos persistentes o signos de alarma (dispepsia, pérdida de peso, náuseas o vómitos) se complete un estudio endoscópico sin demora.

La detección en estadios localizados tiene un impacto pronóstico muy relevante, ya que permite plantear estrategias potencialmente curativas, tanto quirúrgicas como endoscópicas. Por otro lado, recientemente hemos conocido resultados positivos con la incorporación de inmunoterapia a la quimioterapia en el contexto neoadyuvante, con supervivencias a 3 años del 68%, lo que supone un cambio de paradigma en enfermedad localizada.

> **"En cáncer gástrico debe priorizarse un acceso equitativo a biomarcadores y una incorporación ágil a las terapias innovadoras"**

Más allá de medidas de diagnóstico precoz, es clave reforzar la prevención actuando sobre factores de riesgo bien establecidos, nutricionales, ambientales, consumo de tabaco y alcohol, así como la infección por Helicobacter pylori, avanzando hacia un abordaje integral desde fases tempranas.

P. ¿Hasta qué punto el lugar de residencia o el hospital de referencia condicionan las opciones terapéuticas?

R. Esta falta de equidad es una realidad, no solo en nuestro país, sino a nivel global. El abordaje de patologías poco frecuentes y complejas, como los tumores gastroesofágicos, debería centralizarse en centros de alto volumen, con mayor "expertise" quirúrgico y médico, acceso a ensayos clínicos y equipos multidisciplinares bien formados. Sin embargo, la mayoría de estos centros se concentran en grandes ciudades como Madrid, Barcelona o Valencia, lo que condiciona las oportunidades terapéuticas de los pacientes según su lugar de origen. Por ello, resulta fundamental impulsar un trabajo en red, mejorar la comunicación entre hospitales y facilitar derivaciones hacia centros de referencia, para garantizar un acceso equitativo a tratamientos innovadores, independientemente del código postal del paciente.

P. La medicina de precisión es una realidad. ¿Está plenamente integrada o sigue siendo más una oportunidad que una realidad?

R. La respuesta, en mi opinión, es mixta: para algunos pacientes ya es una realidad clínica, mientras que para otros sigue siendo una oportunidad aún por materializar. En centros como el nuestro buscamos activamente opciones terapéuticas más allá del estándar, y el acceso ágil a ensayos clínicos facilita un abordaje más personalizado. En este sentido, la creación de redes de derivación y colaboración entre centros es esencial para que los pacientes puedan acceder a tratamientos que no están disponibles en su hospital.

Sin embargo, también debemos reconocer que los tumores esofagogástricos no cuentan con la misma visibilidad ni conocimiento que otros, como pulmón o mama, y eso tiene implicaciones directas en la disponibilidad de esta innovación, la aprobación de nuevas terapias y, en última instancia, en la accesibilidad real para nuestros pacientes.

P. Expertos en Anatomía Patológica alertan de la desigualdad en el acceso a pruebas moleculares y biomarcadores. ¿Cómo impacta esta falta de acceso homogéneo?

R. En cáncer gástrico resulta cada vez más imprescindible la determinación de varios biomarcadores con el objetivo de seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente. Este paso diagnóstico es crítico, ya que condiciona toda la estrategia terapéutica posterior. Es cierto que algunos centros aún no realizan determinaciones esenciales, como PD-L1 o Claudina 18.2, que permiten identificar subgrupos de pacientes candidatos a tratamientos que han demostrado mejorar la supervivencia. Asimismo, otras tecnologías, como la secuenciación de nueva generación (NGS), que sí utilizamos en nuestro centro (Instituto de Oncología Vall d'Hebron), no están estandarizadas ni financiadas en cáncer gástrico en nuestro país, a diferencia de lo que ocurre en otros tumores como el cáncer de pulmón. Esto también limita el avance en el conocimiento biológico de estos tumores y dificulta el acceso a tratamientos potenciales dentro de ensayos clínicos.

P. Otro de los desafíos es el tiempo de acceso a la innovación. ¿Considera que los plazos actuales permiten aprovechar todo el potencial de la innovación terapéutica o suponen una barrera real?

R. Lamentablemente, a pesar de la innovación terapéutica que en los últimos años estamos presenciando, incluyendo la llegada de diferentes inmunoterapias y tratamientos dirigidos para subgrupos molecularmente seleccionados, el acceso real a estos fármacos sigue siendo limitado. En muchos casos, estos medicamentos no llegan a ser aprobados por nuestro Ministerio de Sanidad o, cuando lo hacen, se incorporan con restricciones que reducen su impacto clínico. A ello se suma un retraso considerable en los tiempos de acceso. Mientras que en países como Alemania el intervalo medio entre aprobación y disponibilidad del fármaco es de aproximadamente 3–4 meses, en España la financiación e incorporación tras la autorización por parte de la Agencia Europea del Medicamento puede prolongarse alrededor de dos años. Lógicamente, esto tiene un impacto claro en nuestros pacientes, siendo un área de mejora fundamental. Este desfase tiene un impacto evidente en nuestros pacientes y debe ser un ámbito prioritario de mejora para reducir inequidades.

P. El documento 'Los 10 Desafíos prioritarios', de la Asociación Contra el Cáncer Gástrico y Gastrectomizados, busca traducir el consenso multisectorial en políticas públicas. ¿Qué medidas deberían priorizarse para que se traduzca en un beneficio real?

R. De forma preferente deberían priorizarse medidas que aseguren un diagnóstico temprano, un acceso equitativo a biomarcadores y una incorporación más ágil de terapias innovadoras. En primer lugar, es imprescindible garantizar un tiempo máximo de 14 días para la realización de una gastroscopia diagnóstica tras la sospecha en atención primaria, evitando demoras de meses que comprometen el pronóstico. En paralelo, deben establecerse redes formales y homogéneas para la determinación molecular y el acceso a biomarcadores (MMR, HER2, PD-L1 y Claudina 18.2).

Asimismo, resulta prioritario introducir mecanismos regulatorios que prioricen la evaluación y financiación de medicamentos destinados a patologías de elevada gravedad como es el cáncer gástrico.

Otras medidas relevantes incluyen impulsar cribados adaptados a nuestra incidencia, asegurar protocolos diagnósticos y terapéuticos homogéneos a nivel nacional y promover y colaborar en la investigación en cáncer gástrico.

Los grandes avances oncológicos desarrollados en los últimos 12 meses

La inmunoterapia ha transformado el pronóstico en cáncer de cabeza y cuello, mejorando la supervivencia

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

El tratamiento del cáncer ha experimentado avances a lo largo de 2025, marcando un cambio significativo en el pronóstico de enfermedades antes consideradas difíciles de tratar. Gracias a los avances en inmunoterapia, tecnologías de diagnóstico y la prevención a través de la vacunación, las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes han mejorado sustancialmente. En particular, cánceres como el de cabeza y cuello, cérvix y de pulmón se benefician de estos innovadores tratamientos.

El cáncer de cabeza y cuello es el noveno tumor más común en España, con una estimación de 7.446 nuevos casos para 2025, según los datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Aunque el tabaco y el alcohol siguen siendo los principales factores de riesgo, el papel del virus del papiloma humano (VPH) ha ganado relevancia, sobre todo en los tumores de orofaringe. Este tipo de cáncer, debido a su localización en áreas anatómicas delicadas, puede causar secuelas estigmatizantes y afectar profundamente la calidad de vida, con problemas en la fonación, deglución y respiración.

En los últimos años, la inmunoterapia ha mejorado notablemente el tratamiento de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, especialmente en aquellos con enfermedad recurrente o metastásica. El uso de fármacos como pembrolizumab y nivolumab en combinación con tratamientos convencionales, como la radioterapia y la cirugía, ha demostrado aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida.

Un avance clave ha sido la introducción de tratamientos perioperatorios, como el uso de pembrolizumab antes y después de la cirugía, lo que ha mostrado una significativa mejora en la supervivencia libre de eventos, un cambio que no se había visto en más de dos décadas.

Además, en el ámbito quirúrgico, la cirugía robótica y las técnicas mínimamente invasivas han permitido realizar resecciones más precisas y menos invasivas, lo que reduce los tiempos de recuperación y las complicaciones. La radioterapia también ha dado un paso adelante con el desarrollo de la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), que permite concentrar altas dosis de radiación directamente en el tumor, minimizando los efectos secundarios en los tejidos sanos.

INMUNOTERAPIA Y MEJORES DIAGNÓSTICOS

El cáncer de pulmón es uno de los más mortales, y su diagnóstico temprano sigue siendo un reto. Sin embargo, en los últimos años, los avances en inmunoterapia han transformado el pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC), el tipo más común de este cáncer. Medicamentos como nivolumab, pembrolizumab y atezolizumab han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la enfermedad metastásica, mejorando significativamente las tasas de supervivencia a largo plazo.

Uno de los avances más significativos ha sido la introducción de la inmunoterapia en la primera línea de tratamiento, lo que ha permitido una mejora sustancial en la supervivencia general y en la calidad de vida de los pacientes. La combinación de inmunoterapia con quimioterapia también ha mostrado resultados prometedores, logrando alargar la supervivencia y mejorar la respuesta en los pacientes tratados.

En el diagnóstico, las nuevas tecnologías de imagen, como la tomografía por emisión de positrones (PET) y las biopsias líquidas, han mejorado la detección temprana del cáncer de pulmón, permitiendo a los médicos identificar la enfermedad en etapas tempranas, lo que se traduce en mejores resultados a largo plazo.

Estos avances tecnológicos no solo mejoran la precisión del diagnóstico, sino que también facilitan un enfoque personalizado en el tratamiento.

PREVENCIÓN EN CÁNCER DE CÉRVIX

El cáncer de cérvix, causado por la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), es uno de los cánceres ginecológicos más comunes a nivel mundial. En España, se estima que en 2025 se diagnosticaron a más de 2.300 mujeres con este tipo de cáncer. Afortunadamente, el cáncer cervical es prevenible en la mayoría de los casos, y los avances en la prevención y el diagnóstico precoz han cambiado por completo su manejo.

La inclusión de la vacuna contra el VPH en el calendario vacunal de niñas y niños a los 12 años ha sido uno de los avances más significativos en la lucha contra el cáncer de cérvix. Esta vacuna previene la infección por los tipos de VPH más oncogénicos, reduciendo drásticamente la incidencia de lesiones precoces y cáncer cervical. Los estudios han demostrado que la vacuna nonavalente, que protege contra 9 tipos de VPH, reduce la incidencia de cáncer cervical en un 73%. Este es un gran avance en la prevención primaria, ya que más del 90% de los cánceres de cuello de útero están asociados al VPH.

En términos de diagnóstico, el test del VPH ha superado al Papanicolau en cuanto a sensibilidad y especificidad para la detección de lesiones precoces y cáncer. Este test, que identifica la presencia de VPH en las células cervicales, permite realizar un diagnóstico más temprano y efectivo, reduciendo la mortalidad en países en vías de desarrollo.

Una vez diagnosticado el cáncer cervical, los avances en cirugía y radioterapia han sido cruciales. La cirugía laparoscópica, tanto convencional como asistida por robot, ha permitido realizar intervenciones con menor morbilidad, reduciendo el tiempo de hospitalización y mejorando la recuperación postquirúrgica. En los casos más avanzados, el tratamiento con quimioterapia y radioterapia combinados ha demostrado ser efectivo en la mejora de la supervivencia libre de enfermedad y en la supervivencia global a largo plazo.

Un avance destacado en el tratamiento del cáncer cervical avanzado ha sido la introducción de la inmunoterapia. Medicamentos como el pembrolizumab y el cemiplimab han demostrado una mejora significativa en la supervivencia global en pacientes con cáncer de cérvix metastásico. La inmunoterapia, que potencia el sistema inmunológico para combatir las células tumorales, se ha convertido en el tratamiento estándar para este tipo de cáncer en su fase avanzada, mejorando la respuesta en pacientes que no respondían a los tratamientos convencionales.

MIRADA AL FUTURO EN ONCOLOGÍA

En general, los avances en el tratamiento del cáncer están mejorando la calidad de vida y la esperanza de vida de millones de personas. La inmunoterapia, junto con el diagnóstico precoz y la prevención a través de la vacunación, está marcando una era de esperanza para los pacientes de cáncer. La combinación de estas terapias con enfoques quirúrgicos más conservadores y precisos, junto con el perfeccionamiento de la radioterapia, auguran un futuro prometedor en el tratamiento de estos tumores.

Los pequeños avances, considerados de forma conjunta, también tienen un impacto profundo en la medicina oncológica. Estos cambios están mejorando no solo los resultados clínicos, sino también la calidad de vida de los pacientes oncológicos, lo que, en última instancia, ofrece una visión más positiva del futuro en la lucha contra el cáncer.

Los oncólogos defienden la biopsia líquida para anticiparse al tumor: "Es clave"

Rafael López y Laura Muinelo (CHUS) exponen las novedades abordadas en el XI Simposio Biopsia Líquida

ANA SÁNCHEZ CAJA
Enviada especial a Santiago

La biopsia líquida ya no es solo una promesa científica: su conocimiento y uso se han extendido y hoy lidera el avance hacia lo que se conoce como oncología de precisión. Durante la rueda de prensa de presentación del XI Simposio de Biopsia Líquida, celebrado en Santiago de Compostela, Rafael López, coordinador científico del Simposio Biopsia Líquida, jefe de Servicio de Oncología Médica-ONCOMET del Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), presidente de ASEICA y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidade de Santiago de Compostela; y Laura Muinelo, responsable de la Unidad de Análisis de Biopsia Líquida del Grupo de Oncología Médica Traslacional de este mismo hospital, expusieron las principales novedades abordadas en la cita.

Entre los avances más destacados se encuentra la posibilidad de detectar recaídas antes de que sean visibles en las pruebas de imagen y de ajustar los tratamientos oncológicos con mayor precisión, una realidad ya posible gracias a la combinación de la biopsia líquida y la inteligencia artificial, cuyos algoritmos permiten integrar distintos datos moleculares para mejorar de forma significativa el manejo clínico de pacientes con tumores tanto localizados como avanzados.

Laura Muinelo y Rafael López en la rueda de prensa de presentación del simposio.

López explicó que "necesitamos disponer de información lo más precisa y sensible posible sobre cómo se está comportando el tumor, algo que las técnicas estándar no permiten conocer". A continuación, expresó que "contar con estos datos es clave para diseñar estrategias más eficaces para controlar la enfermedad". Según López, "hemos pasado de preguntarnos si era posible detectar ADN tumoral circulante a analizar cómo esa información puede ayudarnos a cambiar tratamientos antes de que el cáncer progrese".

Precisamente, ese tránsito de la investigación básica a la aplicación clínica marcó el tono de esta XI edición, concebida como un espacio de reflexión sobre cómo integrar estas herramientas de forma segura, eficaz y equitativa en la atención a los pacientes. El cambio de etapa se refleja claramente en el programa científico, que puso el foco en anticiparse a la enfermedad, reducir pruebas invasivas y avanzar hacia tratamientos cada vez más personalizados.

Uno de los grandes mensajes que se divulgó a través del simposio fue que la biopsia líquida ya no se limita a complementar, en determinados casos, a la biopsia de tejido, sino que se presenta cada vez más como una herramienta dinámica y longitudinal. "Hoy la entendemos como un instrumento que nos permite seguir la evolución del tumor a lo largo del tiempo", matizó Muinelo.

Gracias a los nuevos test de alta sensibilidad, es posible detectar cantidades muy pequeñas de material genético tumoral circulante, incluso cuando el tumor no es visible por otros métodos diagnósticos. "Esto nos permite identificar si quedan restos de enfermedad tras una cirugía, detectar recaídas de forma más precoz o comprobar si el tumor empieza a desarrollar resistencia a un tratamiento", dijo Muinelo.

A este avance se suman nuevas tecnologías que amplían de forma significativa la información disponible. El análisis de ARN circulante, por ejemplo, permite conocer no solo qué alteraciones genéticas tiene el tumor, sino también qué genes están activos en cada momento, aportando una visión funcional de la enfermedad. Otras técnicas emergentes permiten estudiar el microambiente tumoral, es decir, cómo interactúan las células cancerosas con su entorno y con el sistema inmunitario.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

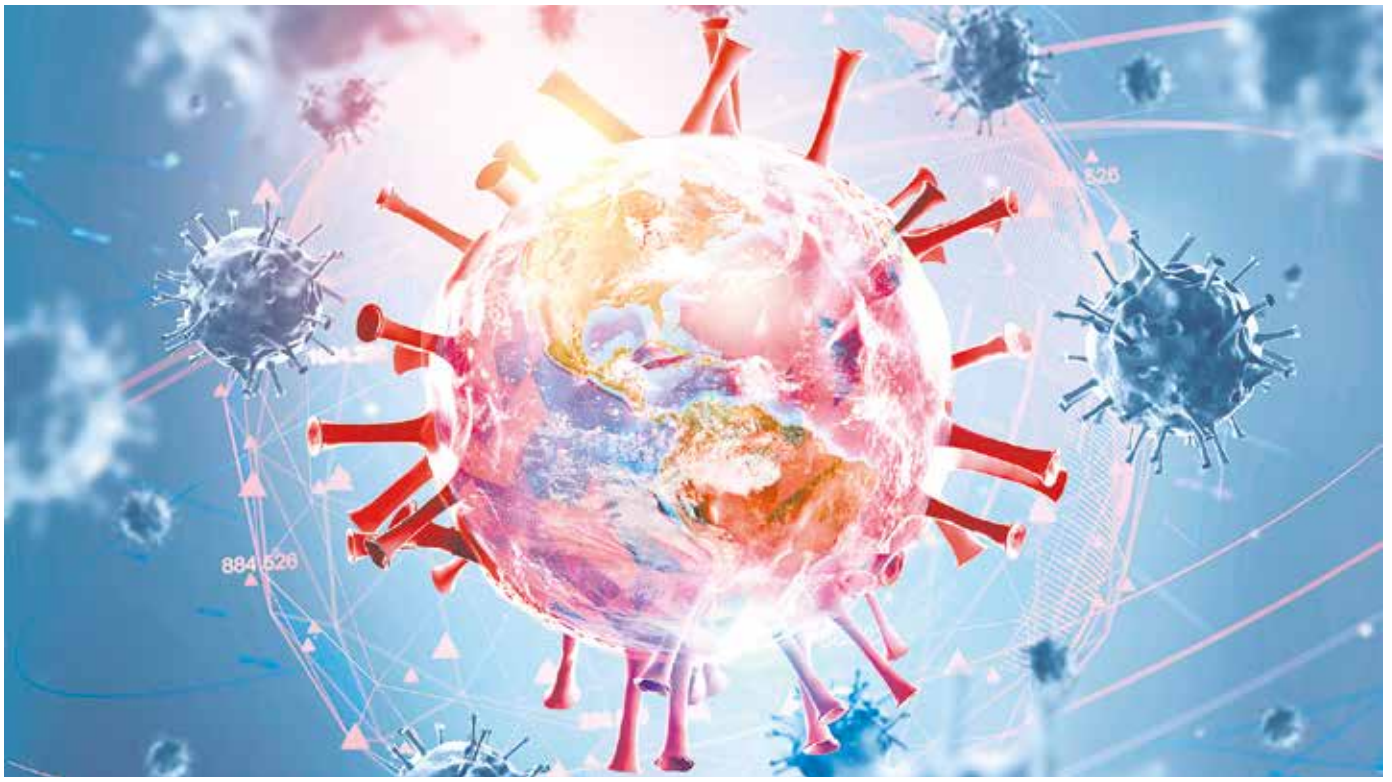
GACETA MÉDICA

LA CONTRA
Enero de 2026
Canal de WhatsApp
@gacetamedicacom
www.gacetamedica.com
wecare-u. healthcare communication group

Brotes zoonóticos, virus respiratorios con comportamiento impredecible y patógenos que reaparecen en regiones vulnerables obligan a mantener una vigilancia constante todos los días del año

Estos son los virus que habrá que mantener bajo vigilancia en 2026

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid



El cierre de 2025 dejó una lección clara para la salud pública global: aunque la fase más aguda de la pandemia de COVID-19 quedó atrás, el riesgo de nuevas amenazas infecciosas sigue presente. Brotes zoonóticos, virus respiratorios con comportamiento impredecible y patógenos que reaparecen en regiones vulnerables obligan a mantener una vigilancia constante. De cara a 2026, organismos internacionales y la comunidad científica coinciden en una lista de virus que merecen especial atención por su potencial impacto sanitario.

GRIPE AVIAR A(H5)

La gripe aviar altamente patógena A(H5) continúa encabezando las listas de vigilancia internacional. A lo largo de 2025, la FAO, la OMS y la Organización Mundial de Sanidad Animal (WOAH) han documentado una circulación extensa del virus en aves silvestres y de corral, así como infecciones en mamíferos, incluidos visones, zorros y leones marinos.

Aunque el riesgo para la población general sigue considerándose bajo, los expertos advierten de que cada infección en mamíferos supone una oportunidad para que el virus se adapte mejor al huésped humano. Los casos humanos notificados en 2025 han sido esporádicos y vinculados principalmente a exposiciones intensas, pero el consenso científico es claro: el virus A(H5) sigue siendo uno de los principales candidatos a causar una futura pandemia si adquiere transmisión sostenida entre personas.

VIRUS RESPIRATORIOS ESTACIONALES

La gripe estacional y el virus respiratorio sincitial (VRS) han mostrado en 2025 patrones de circulación irregulares, con temporadas más largas o desplazadas respecto a los meses tradicionales. Este comportamiento, atribuido en parte a los cambios en la inmunidad poblacional tras la pandemia, ha incrementado la presión asistencial en hospitales, especialmente en pediatría y geriatría.

De cara a 2026, los expertos consideran prioritario reforzar la vigilancia conjunta de influenza, VRS y otros virus respiratorios, así como ampliar las estrategias de vacunación. La llegada de nuevas vacunas frente a VRS para adultos mayores y embarazadas podría marcar un punto de inflexión, siempre que se logren altas coberturas.

HENIPAVIRUS (NIPAH):

El virus Nipah, transmitido desde murciélagos frugívoros, sigue causando brotes anuales en países como Bangladesh e India. En 2025 se notificaron nuevos casos con una letalidad elevada, aunque con transmisión limitada entre personas.

Los henipavirus preocupan especialmente por su combinación de alta mortalidad y ausencia de tratamientos o vacunas ampliamente disponibles. La OMS los incluye de forma recurrente en su lista de patógenos prioritarios, y los expertos advierten de que un cambio en su capacidad de transmisión podría tener consecuencias graves. Por ello, la vigilancia en zonas endémicas y la preparación hospitalaria siguen siendo esenciales.

SARS-COV-2: UN VIRUS QUE NO DESAPARECE

Aunque ya no ocupa el centro del escenario, el SARS-CoV-2 continúa evolucionando. En 2025 se identificaron nuevas subvariantes, como XFG (Stratus), que lograron una mayor circulación en algunos países, sin asociarse de forma clara a un aumento de la gravedad.

La OMS mantiene varias de estas variantes bajo vigilancia y recomienda no desmantelar los sistemas de secuenciación genómica. Para 2026, el principal reto no es una nueva pandemia, sino la gestión de olas estacionales, la protección de personas vulnerables y la actualización de vacunas cuando sea necesario.

ENTEROVIRUS Y OTROS PATÓGENOS EMERGENTES

Además de los virus más conocidos, los sistemas de alerta temprana siguen atentos a enterovirus como EV-D68, asociados en ocasiones a cuadros neurológicos en niños, así como a otros patógenos emergentes con potencial epidémico. Aunque su impacto suele ser localizado, la detección tardía puede amplificar sus consecuencias.

Los expertos coinciden en que la clave no está solo en identificar virus concretos, sino en reforzar las capacidades estructurales de los sistemas sanitarios. La vigilancia integrada, la cooperación internacional y el enfoque One Health, que conecta la salud humana, animal y ambiental, serán determinantes para anticipar amenazas.

MPOX: TRANSMISIÓN PERSISTENTE Y DESIGUAL

La mpox continúa siendo un problema de salud pública relevante, especialmente en varios países africanos donde la transmisión no se ha interrumpido. En 2025, la OMS ha alertado de brotes recurrentes, algunos asociados a nuevas cadenas de transmisión y a un acceso limitado a vacunas y tratamientos.

Fuera de África, los casos han sido menos numerosos, pero la experiencia de los últimos años demuestra que el virus puede expandirse rápidamente si fallan la detección precoz y la respuesta sanitaria. Para 2026, los expertos subrayan la necesidad de mantener sistemas de vigilancia activos, asegurar la vacunación de grupos de riesgo y evitar una falsa sensación de seguridad en países donde la incidencia es baja.

La experiencia acumulada en los últimos años ha demostrado que reaccionar tarde tiene un coste elevado. En 2026, el desafío pasa por mantener la atención incluso cuando la emergencia no sea evidente, porque, como recuerdan los epidemiólogos, los virus no entienden de calendarios ni de finales de año.