

Huelgas por el Estatuto Marco **Los médicos elevan la presión en la calle y los hospitales**



Una manifestación histórica: los profesionales toman el centro de Madrid en el pistoletazo de salida del carrusel de paros

P. 25

Las protestas de febrero se dejan notar en la actividad asistencial y se sustentan en la falta de acuerdo con Sanidad por el nuevo texto

P. 8

Opinión

2026, de retos, continuidad y resultados

A CORAZÓN ABIERTO

Los cambios de año no dejan de ser una división artificial del paso del tiempo que permite, en cierto modo, poner algunos contadores a cero a la hora de plantear retos y expectativas del tiempo que está por venir.

En el caso de la política sanitaria española, va a ser un año marcado por cuatro ámbitos de acción y un elemento externo de distorsión. Los cuatro ámbitos de acción son claros:

- Tras un año marcado por la puesta en marcha de la Estrategia de la Industria Farmacéutica y donde han comenzado a publicarse los datos de mejora en el acceso a la innovación de medicamentos, este nuevo año verá la luz el proyecto de ley de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como el real decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Un año en el que los avances normativos, en un contexto de creación de los espacios de diálogo y participación, serán claves para poder seguir mejorando la política farmacéutica de nuestro país con una perspectiva amplia, que contemple desde la I+D básica hasta el acceso y la sostenibilidad, pasando por la necesidad de mejorar los entornos de producción con una perspectiva de autonomía estratégica.
- Durante 2025 comenzó la elaboración del proyecto de ley de organizaciones de pacientes, que previsiblemente verá la luz en 2026. Regular los derechos y deberes de las organizaciones de pacientes, así como establecer las formas y órganos de participación en los que han de estar incorporados es un elemento fundamental para avanzar en la mejora de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud y de todas sus estructuras. Además, esta ha de ser una ley no solamente para poner un poco de orden en el contexto jurídico actual de dichas organizaciones, sino también para abrir nuevos horizontes pueque faciliten sus subsistencia y sostenibilidad, así como que amplíen su ámbito de actuación dentro del sistema.
- Los últimos meses de 2025 fueron de intensas negociaciones del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, habiéndose avanzado de manera importante a lo largo de todo el texto con la mayoría de los sindicatos del ámbito de negociación. El año 2026 ha de



Javier Padilla
Secretario de
Estado de Sanidad

"España no es ajena a la situación de la Unión Europea y, muy concretamente, a las distorsiones introducidas por las políticas de Donald Trump desde EEUU"

ser el del avance normativo de dicho proyecto, que viene a avanzar en derechos en el ámbito de la jornada, los descansos o la clasificación profesional, por citar solo tres ámbitos. Además, será el año de la reforma del real decreto que regula la relación laboral especial de los especialistas en formación en ciencias de la salud, poniendo también coto a las jornadas que incumplen la directiva europea y que no se han conseguido atajar con la normativa actual.

- Por último, nos encontramos cerca de poder aprobar el real decreto sobre acceso al Sistema Nacional de Salud que elimine barreras en el acceso por parte de la población extranjera residente en España de manera irregular, de forma que logremos que la universalidad en el acceso sea una realidad cada vez más cercana.

Todo esto se producirá mientras tratamos de dar coherencia interna y externa a nuestras políticas, con un rol internacional cada vez más fuerte en un contexto de notable incertidumbre en todo lo relacionado con la salud global. Poder dar continuidad a las políticas de salud a nivel interno y externo es uno de los retos existentes desde el inicio de la legislatura y, a su vez, uno de los logros de los que estar contentos.

Además de los cuatro ámbitos resaltados con anterioridad, el elemento externo de inestabilidad es el que ya se ha vislumbrado durante este año. España no es ajena a la situación de la Unión Europea y, muy concretamente, a las distorsiones introducidas por las políticas de Donald Trump desde EEUU. Lograr avanzar en acciones a nivel regional que permitan una mayor integración y autonomía estratégica (Este año se avanzará de manera crítica en la Ley de Medicamentos Críticos) será clave, a la par que los estados miembros, de manera coordinada, avancen en sus políticas de precio y reembolso para protegerse frente a la Cláusula de País Más Favorecido implantada por Trump.

Esperamos que cuando miremos a los retos de 2027 encontremos que en materia de política farmacéutica, participación de pacientes, derechos laborales y universalidad ya hayamos cumplido la gran mayoría de los objetivos y tengamos que fijar nuevos ámbitos de desarrollo para los nuevos años que vengan.

EDITORIAL

España acelera ante las enfermedades raras: la inversión abre el camino

Algo está cambiando con las enfermedades raras. Son numerosas las comunidades autónomas (CCAA) que ya están abriendo el camino para que dejen de ser una asignatura pendiente para el sistema sanitario gracias a una inversión y un cambio asistencial sin precedentes en nuestro país. No es solo una cuestión de voluntad política; es una apuesta decidida por la medicina personalizada y de precisión que está movilizando cientos de millones de euros para responder a una demanda histórica: reducir la espera y democratizar el acceso a los tratamientos más punteros.

El mapa de esta transformación tiene algunos nodos claros. En el noroeste, Galicia se posiciona como un referente internacional con su Estrategia en Enfermedades Raras 2025-2030, dotada con una inversión histórica de 396 millones de euros y un objetivo tan ambicioso como necesario: reducir en un 30% los tiempos de espera para estudios genéticos.

El blindaje económico es, además, tangible en las farmacias hospitalarias. La apuesta gallega reserva una buena parte de su presupuesto estratégico, 384 millones de euros, para garantizar el acceso a medicamentos huérfanos y terapias avanzadas, una medida que ya ha beneficiado a más de 4.000 personas. Al fomentar programas de dispensa de fármacos a domicilio, se eliminan las barreras geográficas y económicas.

Esta vanguardia gallega, que incluye proyectos como Xenoma Galicia, uno de los estudios genómicos más grandes del mundo con el reto de alcanzar 400.000 muestras de ADN, no ha pasado desapercibida. La reciente visita de la consejera de Salud de Cataluña, Olga Pané, a los centros gallegos subraya la importancia de la colaboración interautonómica en proyectos de este tipo, donde es indispensable para avanzar.

Por su parte, la Comunitat Valenciana está redefiniendo el modelo con una inversión de más de seis millones de euros en equipos de secuenciación masiva de última generación, capaces de aumentar la capacidad diagnóstica de los hospitales valencianos

hasta en un 40%. Valencia también ha dado un paso valiente al incluir deducciones fiscales para familias afectadas, reconociendo el impacto económico que estas patologías crónicas suponen para las rentas medias.

Además, la ciencia está respondiendo. Proyectos como el Plan 5P y el Proyecto Genes están permitiendo que lo que antes tardaba meses ahora se resuelva en menos de un día. La red de nodos valenciana ya opera con sistemas como el Genexus Dx, capaz de ofrecer resultados de secuenciación masiva en menos de 24 horas, y plataformas como nCounter FLEX, que optimizan el tratamiento del cáncer de mama. Con cerca de 4.000 secuenciaciones y 300 biopsias líquidas realizadas en el último año, la capacidad de detectar ADN tumoral en sangre antes incluso de que sea visible en una imagen confirma que la medicina del futuro ya se ejerce hoy. Ya no hablamos solo de tratar, sino de predecir y anticiparse a la enfermedad antes de que se manifieste. Además, la salud también se defiende desde la política fiscal y social. En la Comunitat Valenciana, el apoyo se traduce en hechos impositivos: las nuevas deducciones de hasta 150 euros para familias numerosas o monoparentales. Este enfoque se complementa con 26 programas específicos de autonomía personal y una línea de inversión dedicada exclusivamente a dar visibilidad a colectivos que, durante demasiado tiempo, fueron invisibles para la administración.

Así, España está demostrando que invertir en investigación de enfermedades raras no es un gasto, es una inversión en soberanía científica. Ganar tiempo al diagnóstico es ganar vida. El camino está trazado: más genómica, más tecnología y una asistencia que nunca olvide que, detrás de cada enfermedad de baja prevalencia, hay una persona que merece la excelencia de su sistema público de salud. Pero todavía queda mucha senda por recorrer.

La UE audita la preparación ante pandemias mientras España mantiene bloqueado su decreto clave

CARTA DEL EDITOR

La Unión Europea está dando pasos decisivos para reforzar su capacidad de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, tal como se refleja en los dictámenes emitidos por el Tribunal de Cuentas Europeo sobre las propuestas legislativas del marco financiero plurianual.

Entre estos instrumentos, el Mecanismo de Protección Civil de la Unión y el apoyo a la preparación sanitaria ocupan un lugar central en la estrategia comunitaria de 2028-2034. Esta es una señal clara de que Europa quiere generar estructuras normativas y financieras que permitan reaccionar de forma eficaz ante crisis sanitarias de gran magnitud.

La preparación de España

Frente a este impulso europeo, España sigue sin aprobar de modo definitivo su Real Decreto de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias, un texto cuya demora carece de justificación en un país tan expuesto a DANAs, accidentes de gran magnitud y, sobre todo, a futuras pandemias. Sin un marco legal adecuado —definido, ambicioso y operativo— no puede haber planificación real, coordinación interadministrativa ni rendición de cuentas ante la sociedad.

El próximo 11 de marzo, aniversario de la declaración de la pandemia por la Organización Mundial de la Salud, debería marcar un punto de no retorno en la tramitación del Real Decreto de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias. Tras años de análisis, evaluaciones y lecciones extraídas de la COVID-19, el sistema sanitario español dispone ya del conocimiento necesario para adoptar un marco normativo estable. Prolongar su aprobación más allá de esta fecha supondría asumir que, pese a la experiencia acumulada, seguimos sin convertir el aprendizaje en norma. Llegados a este punto, la responsabilidad institucional no es seguir diagnosticando, sino decidir.

El borrador del RD, aunque supone un intento de responder a una de las lecciones más duras que nos dejó la COVID-19, se sitúa “en un rango inferior al que debiera ser, ya que la norma debería decidir”, como expliqué en *Gaceta Médica* anteriormente.

No se trata de una cuestión meramente técnica o de estilo. Se trata de fondo: faltan prioridades claras y compromisos definidos. El texto actual, lejos de establecer las capacidades estratégicas necesarias como columna vertebral del sistema de preparación y respuesta, deja muchos aspectos para tratar en el futuro.

Esto, quizás, se explique por el rango de la propia norma, pero no podemos olvidar cuestiones que deben ser abordadas, ya que hay que decidir de entrada qué hacer ante la próxima crisis, incluyendo:

- Definición de poblaciones prioritarias que deben protegerse en los primeros compases de una pandemia.



Santiago de Quiroga

Editor de
Gaceta Médica

"Frente a Europa, España sigue sin aprobar su RD de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias"



- Protocolos operativos claros para la respuesta inmediata.
- Protección específica del personal sanitario.
- Reserva estratégica y mecanismos de activación rápida de capacidades críticas.

En muchos casos, estos elementos se mencionan en el borrador de RD de manera difusa o se trasladan a desarrollos normativos posteriores, generando la sensación de que la norma observa sin comprometer.

Esta es, precisamente, una de las críticas que también han vertebrado algunas sociedades científicas en la prensa: el marco legal en España sigue siendo insuficiente para una situación de crisis sanitaria de gran alcance y duración, como ya evidenció la COVID-19.

Acuerdos globales de preparación y respuesta

Además, el mundo no está quieto. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud trabajan en acuerdos globales para fortalecer la prevención, preparación y respuesta ante pandemias a nivel mundial, lo que dibuja un contexto normativo internacional cada vez más exigente y colaborativo.

La UE, por su parte, no solo audita, sino que integra la preparación sanitaria en sus planes financieros plurianuales, un paso que España debería conocer e incorporar con urgencia.

La acumulación de las competencias de Sanidad y Emergencias en autoridades autonómicas no es casual: gobierna el reconocimiento práctico de que las emergencias tienen un fuerte componente sanitario y que la respuesta sanitaria no puede ni debe ser subordinada a la improvisación.

Pero a nivel estatal, la legislación básica sigue pendiente, con el riesgo de que cuando llegue la próxima crisis —y los expertos coinciden en que esto es una certeza y no una hipótesis— la respuesta política, normativa y operativa debe situarse sin demora a la altura de los retos.

Una sociedad que aspira a proteger a su ciudadanía contra crisis derivadas de amenazas sanitarias debe tener normas que no solo reconozcan el peligro, sino que definan con claridad lo que se hará, quién lo hará, con qué recursos y con qué prácticas. Si consideramos el RD como un paso previo, bienvenido sea. Pero su ausencia en estos momentos dibuja un escenario normativo donde la urgencia se abre paso frente a la relevancia.

Es preciso que el Real Decreto anunciado nos permita mirar al futuro, y lo haga sin demora. Lo insuficiente puede corregirse; la ausencia de norma, no.

Europa audita y se prepara; España sigue postergando un elemento central de su arquitectura sanitaria. Si queremos aprender de los errores del pasado, legislemos como si la próxima pandemia nos fuera a golpear mañana —porque probablemente así será.

EN IMÁGENES

El Hospital Infanta Sofía recibe el Sello en Gestión de Información al Paciente Onco-hematológico

El hospital madrileño ha sido distinguido con este Sello de Calidad, otorgado por Fundamed con la colaboración de BeOne Medicines y el aval de la SEFH, que acredita el cumplimiento de estándares de excelencia en la comunicación con el paciente en el ámbito de la Farmacia Hospitalaria Oncológica. El director gerente, Guillermo Ceñal, subrayó que esta distinción “es profundamente humana” porque interpela a la manera en que se comunica un diagnóstico que “cambia la vida”. A su juicio, “una buena información reduce complicaciones y mejora resultados”.



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 Río, 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

Sanidad y Madrid reviven su disputa por la ley para limitar la gestión público-privada

El anteproyecto aprobado por el Gobierno establece la gestión directa como preferente en los hospitales

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

La historia se repite. Este mes han vuelto a saltar chispas entre el Ministerio de Sanidad y la Comunidad de Madrid. O lo que es lo mismo, entre Mónica García e Isabel Díaz-Ayuso, que han revivido batallas políticas del pasado. En esta ocasión, el punto de discordia ha sido un anteproyecto impulsado por Sanidad y aprobado en primera vuelta por el Consejo de Ministros, que pone coto a la gestión privada en los hospitales.

El texto fue aprobado por el Consejo de Ministros a principios de mes, entró el 11 de febrero en fase de Audiencia Pública y tiene abierto el plazo para presentar alegaciones hasta el próximo 4 de marzo. El documento publicado plantea que la gestión directa debe ser la vía preferente y que la indirecta se use de forma excepcional. Ese giro normativo ha servido de combustible para un enfrentamiento que, en Madrid, toca un nervio sensible.

Ayuso defendió la colaboración público-privada y afirmó que las empresas "nunca pueden ser sospechosas" por trabajar al servicio de las administraciones, acusando al Gobierno de querer "acabar con la sanidad en la Comunidad de Madrid". García replicó que la ley "pone coto a las garras especuladoras y privatizadoras", que el dinero público debe ir "para la salud, no para engrosar las cajas de empresas", y acusó a la presidenta de confundir "cargarnos la sanidad" con "cargarnos su chiringuito, su 'negociete'".

GESTIÓN DIRECTA FRENTE A LA INDIRECTA

Según se expone en el texto del Anteproyecto de Ley, la norma parte de una motivación clara: reforzar la titularidad pública en la gestión y provisión sanitaria de centros, servicios y establecimientos del SNS, garantizando su carácter público, universal, equitativo y de calidad. El objetivo declarado es establecer "un marco normativo claro, coherente y firme" que asegure la prioridad de



Mónica García, ministra de Sanidad.

la gestión pública conforme a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia.

En este sentido, el articulado arranca definiendo los principios generales que deben informar toda la provisión sanitaria: universalidad y accesibilidad; gestión pública y sostenibilidad; calidad y eficiencia; transparencia y rendición de cuentas; equidad y solidaridad; y participación y colaboración.

Sobre esa base, el artículo 3 establece que la gestión y administración de los centros y servicios se llevará a cabo "preferentemente" de forma directa, ya sea por la propia administración, por entidades del sector público institucional o mediante consorcios.

La gestión indirecta se define expresamente como de "carácter excepcional" y solo podrá articularse por dos vías: conforme a la normativa de contratos del sector público o a través de los convenios singulares y conciertos previstos en la Ley General de Sanidad.

En el caso de contratos públicos, deberán acreditarse tres condiciones: imposibilidad de prestación directa, sostenibilidad y eficiencia financiera debidamente motivada y garantía de "sostenibilidad social" del servicio, entendida como calidad, continuidad, accesibilidad, asequibilidad, atención a colectivos vulnerables e innovación.

El anteproyecto introduce además un veto relevante: no podrán gestionarse de forma indirecta aquellos centros o servicios que incluyan contratos de concesión de obra cuando tengan por objeto la prestación sanitaria.

CONTROL REFORZADO

Uno de los pilares operativos es la evaluación previa obligatoria de cualquier fórmula de gestión indirecta que afecte a prestaciones sanitarias, incluidas todas las que no encajen en la gestión directa del artículo 3. Quedan excluidos únicamente los expedientes que no superen el umbral del artículo 22 de la Ley 9/2017, prohibiéndose el fraccionamiento para eludir el trámite.

Cada procedimiento deberá incorporar un informe preceptivo y motivado elaborado por un comité de evaluación para la gestión sanitaria indirecta, cuyo criterio deberá ser tenido en cuenta en la decisión final y publicarse junto con la resolución en el boletín oficial correspondiente y en la sede electrónica.

Estos comités estarán integrados por personas expertas designadas por la administración, representantes de profesiones sanitarias y de la sociedad civil organizada. En los contratos de concesión de servicios será obligatorio solicitar informe a la Oficina Nacional de Evaluación (ONE) para analizar la sostenibili-

dad financiera, incluso al margen de otros supuestos previstos en la ley de contratos. Además, el CISNS deberá acordar directrices homogéneas y los informes deberán valorar, como mínimo, la utilización óptima de recursos propios, la insuficiencia de medios, la existencia de un plan de dimensionamiento, la justificación de acudir a fórmulas distintas a la directa y la excepcionalidad en caso de contratos.

DEROGACIÓN DE LA LEY 15/1997

El texto regula también el régimen jurídico de los consorcios sanitarios, que quedarán adscritos a la administración sanitaria competente, sujetos a su régimen de presupuestación, contabilidad y control, con auditoría anual bajo responsabilidad del órgano de control correspondiente. El personal podrá ser funcionario, estatutario o laboral procedente de las administraciones participantes o contratado directamente por el consorcio.

En paralelo, se refuerza la exigencia de no lucratividad en los convenios singulares. La modificación del artículo 67 de la Ley General de Sanidad establece que la atención prestada por hospitales privados vinculados a la red pública se imparta en condiciones de gratuidad y que las actividades sanitarias no puedan tener carácter lucrati-

vo, debiendo acreditarse por el procedimiento que fije la administración sanitaria competente y con criterios acordados en el Consejo Interterritorial.

En contratación pública, se prevé además fomentar la reserva o priorización de entidades sin ánimo de lucro en determinados contratos de servicios de salud. La disposición derogatoria única elimina expresamente la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del SNS, mientras que la disposición transitoria aclara que la nueva ley no se aplicará a expedientes iniciados antes de su entrada en vigor ni a contratos ya en ejecución, que seguirán rigiéndose por la normativa vigente en el momento de su adjudicación.

EVALUACIÓN Y TRAMITACIÓN

Según la Memoria de Impacto Normativo, la norma no prevé efectos significativos sobre la economía en general ni sobre la competencia, y considera neutro su impacto presupuestario tanto para la Administración General del Estado como para las comunidades autónomas. Tampoco introduce nuevas cargas administrativas para ciudadanos o empresas.

El anteproyecto se dicta al amparo de los artículos 149.1.16ª y 149.1.18ª de la Constitución, relativos a las bases y coordinación general de la sanidad y a la legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas. Entrará en vigor a los 20 días de su publicación en el BOE y prevé una evaluación ex post por la posible concurrencia de varios de los criterios previstos en la normativa estatal de planificación y evaluación normativa.

En definitiva, el texto no prohíbe la colaboración público-privada, pero la encuadra en un marco mucho más exigente, con prioridad explícita de la gestión directa, evaluación previa obligatoria y refuerzo de la transparencia y la rendición de cuentas en todo el SNS.

El Gobierno aprueba el Anteproyecto de Ley de las Organizaciones de Pacientes

Mónica García aseguró que la participación de este colectivo debe ser "transparente y con autonomía"

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El Consejo de Ministros aprobó el 10 de febrero el Anteproyecto de Ley de las Organizaciones de Pacientes, para reforzar su papel institucional en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y reconocer su función en la defensa de derechos e intereses de pacientes, familiares y personas cuidadoras. Sanidad lo plantea como respuesta a la falta histórica de un marco legal específico de participación.

DE ESCUCHA PUNTUAL A GOBERNANZA

El Ministerio subraya que las organizaciones de pacientes han pasado de la autoayuda a un papel activo en la elaboración de políticas, pero el ordenamiento estatal no recogía esa transformación ni fijaba reglas claras de interlocución con la Administración. Mónica García defendió que el sistema no puede decidir al margen de quienes viven la asistencia directa: "La voz de los pacientes nos parece



fundamental", dijo, frente a una participación hasta ahora "informal, voluntarista o puntual". Según la ministra, el objetivo es que formen parte de la toma de decisiones en el SNS, sobre todo cuando "cuando algo ha fallado" (cribados, detección precoz o acceso a tratamientos) y son los primeros en detectarlo.

HERRAMIENTAS PARA UNA INTERLOCUCIÓN ESTABLE

El anteproyecto reconoce por primera vez la singularidad jurídica de estas organizaciones y establece un marco para garantizar su participación en la gobernanza del SNS y en el diseño de estrategias, planes y progra-

mas que inciden en la salud, reforzando su papel institucional. Entre los derechos, contempla acceso a información pública relevante, participación en políticas sanitarias, financiación pública con criterios transparentes y formación continua. A la vez, exige transparencia, prevención de conflictos de interés y rendición de cuentas. García afirmó que la participación debe hacerse "con todas las garantías de transparencia y de autonomía", y pidió aclarar el origen de la financiación y los posibles conflictos, especialmente en estrategias, evaluación de tecnologías sanitarias o investigación clínica.

UNA EXCEPCIÓN PARA ENFERMEDADES RARAS

Sanidad señala que el anteproyecto se inspira en modelos internacionales de participación y gobernanza sanitaria, alineándose con referentes europeos: cita la democracia sanitaria en Francia, con organizaciones presentes en instancias como la Alta Autoridad de Salud; el Reino Unido, donde el Servicio Nacional de Salud debe contar con grupos de participación de pacientes integrados en su funcionamiento; y Alemania, donde las organizaciones participan, aunque sin voto, en el Comité Conjunto Federal que decide prestaciones y coberturas. Ade-

más, incluye una excepcionalidad para las organizaciones de pacientes con enfermedades raras: el Ministerio se compromete a fijar requisitos específicos y proporcionales en tres meses desde la entrada en vigor para no dejar fuera a entidades pequeñas, como remarcó la ministra.

CENSO ESTATAL COMO PIEZAS DEL DESPLIEGUE

La norma incorpora la Mesa para la Participación de los Pacientes como espacio estable de diálogo con la Administración General del Estado y prevé el Censo Estatal de Organizaciones de Pacientes, ambos con desarrollo normativo posterior. Sanidad los ve clave para fortalecer la interlocución institucional y ordenar la participación. Para García, el paso central es pasar "de la escucha informal a la participación reconocida".

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



Miguel Ángel Máñez, nuevo director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

La ministra de Sanidad, Mónica García, ha nombrado a Miguel Ángel Máñez Ortiz como nuevo director general de Ordenación Profesional, en sustitución de Celia Gómez, que ha sido designada directora de la Finba. Máñez Ortiz es considerado un "experto ampliamente reconocido en economía de la salud". A lo largo de su carrera ha trabajado en áreas vinculadas a la gestión sanitaria, la innovación organizativa y la transformación digital en el ámbito sanitario. Desde distintos foros institucionales y medios especializados, Máñez también ha participado activamente en la divulgación y análisis de políticas públicas sa-

nitarias, un ámbito en el que se le reconoce como "una voz autorizada y referente en la materia".

Nacido en Catarroja en 1973, es licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universitat de València y Máster Universitario en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad. Funcionario estatutario del Servicio Madrileño de Salud, en la categoría de Técnico de la Función Administrativa, Máñez ha desempeñado responsabilidades directivas en distintas organizaciones sanitarias públicas de diversas comunidades autónomas. En los últimos meses, Máñez ha ejercido como consejero técnico en el Gabinete de la ministra de Sanidad. Su trayectoria previa incluye responsabilidades de



Miguel Ángel Máñez Ortiz.

primer nivel en la gestión sanitaria, tras haber sido director de Recursos Humanos del Hospital Universitario de Fuenlabrada, director de Gestión del Complejo Hospitalario de Toledo y director económico en los departamen-

tos de salud de Elda y Sagunto. Además, ha ocupado los cargos de subdirector económico del Departamento de Salud de Sant Joan d'Alacant y subdirector de Gestión del Hospital de Mérida, acumulando una amplia experiencia en distintos niveles del sistema sanitario público.

Según destacó el Ministerio, su labor profesional ha estado "centrada en la planificación y gestión de recursos humanos en el ámbito sanitario", con funciones vinculadas al personal estatutario, el marco normativo aplicable y la negociación colectiva. En este contexto, Máñez ha impulsado también "diversas iniciativas de innovación organizativa y mejora de procesos", alineadas con la modernización de la gestión sanitaria. De forma

paralela a su actividad profesional, compagina su labor con la docencia en programas universitarios y cursos de formación en gestión sanitaria.

El nombramiento de Máñez se produce para asumir un órgano con competencias clave en la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Entre sus funciones se encuentra la ordenación de la formación y la regulación de las profesiones sanitarias, así como la gestión de la formación sanitaria especializada y del Registro Nacional de Especialistas en Formación.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



Las claves del informe de Sanidad que insiste en la vacunación ante la COVID-19

Incide en vacunar a los mayores de 70, inmunodeprimidos o con patologías crónicas graves y a institucionalizados

GUILLERMO GARCÍA GÓMEZ
Madrid

La COVID-19, después de la pandemia que golpeó a todo el mundo hace un lustro, parece ahora un virus lejano. No obstante, sigue circulando. Y, por mucho que en la actualidad la incidencia sea baja, la COVID-19 sigue ahí.

Por ello, el Ministerio de Sanidad lanzó una campaña de concienciación, a la vez que ha elaborado un informe en el que analiza los beneficios que la vacunación contra el coronavirus ha reportado a la población desde el inicio de la campaña, hace ya más de un lustro.

LAS VIDAS SALVADAS

De acuerdo con la información que expone el documento, en líneas generales y a la población general, en España las vacunas contra la COVID-19 salvaron 127.000 vidas y redujeron las muertes un 64% entre diciembre de 2020 y marzo de 2023. En población mayor, de más de 60 años, la efectividad vacunal a la hora de proteger contra el fallecimiento fue del 97% (en el caso



de las vacunas de ARN mensajero, las que mayoritariamente se inyectaron) y del 88% a la hora de evitar la hospitalización o la UCI entre diciembre de 2020 y marzo de 2021.

En este sentido, los datos del Ministerio de Sanidad indican que en España se han administrado casi 106 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19 y que alrededor de 41 millones de personas tienen la pauta completa.

GRUPOS DE RIESGO

Los buenos datos de vacunación que exhibe el Ministerio y la efectividad probada de las vacu-

nas contra la COVID-19 han provocado que en el informe elaborado por Sanidad se incluyan las recomendaciones de protección contra el virus de la temporada de vacunación.

En primer lugar, destaca la priorización de la inmunización a las personas de 70 años o más, especialmente a las que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.

Esto incluye a los pacientes inmunodeprimidos y a aquellos que padecen determinadas patologías crónicas graves, además de a las personas institucionalizadas "y otros grupos de riesgo".

UNA DOSIS ESTACIONAL

La pauta general entre esta población diana es de una sola dosis estacional, "independientemente del número de dosis previas y de infecciones" de coronavirus que haya tenido el paciente, "respetando un intervalo recomendable de al menos tres meses desde la última dosis o infección". Sanidad amplía a seis meses el plazo si la última dosis fue de Bimervax, la vacuna de HIPRA.

VACUNA ESPAÑOLA

En esta campaña, además, estamos viviendo un hito al poder contar con dicha vacuna, 100% española, y que ya se comenzó a distribuir el pasado mes de noviembre en los centros de salud de nuestro país. De hecho, HIPRA firmó también el pasado mes de octubre un acuerdo de compra de esta misma vacuna con la Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias de la Comisión Europea, el organismo encargado de coordinar la respuesta comunitaria frente a posibles pandemias. Mediante este convenio, de una duración de hasta

dos años, los miembros de la UE podrán acceder a hasta 4 millones de dosis de la vacuna española.

SANITARIOS Y CUIDADORES

El informe también establece las bases para la inmunización de un colectivo diana que se repite campaña tras campaña: en cuanto a los profesionales sanitarios y sociosanitarios, así como para personas convivientes o cuidadoras de personas de alto riesgo, y en función de la situación epidemiológica, "se contempla el acceso a la vacunación como medida de protección personal".

FACILITAR LA VACUNACIÓN

Sobre la vacunación combinada con las dosis de otras infecciones como la gripe en la población diana, especifica que las dosis contra la COVID-19 se pueden administrar conjuntamente. Y, aunque la campaña se suele comenzar desde la última semana de septiembre, "se puede vacunar fuera de campaña a quienes no hayan recibido aún la vacuna adaptada de la temporada (respetando intervalos)".

Madrid eleva un 7% los vacunados por gripe: 1,6 millones de personas inmunizadas

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

La Comunidad de Madrid ha concluido con éxito su campaña de vacunación contra la gripe 2025/26, consolidando una tendencia al alza en la inmunización de sus ciudadanos.

Según el balance oficial presentado el 6 de febrero de 2026, la región ha logrado administrar un total de 1.619.238 dosis, lo que supone un incremento del 7% respecto al periodo anterior. Este despliegue sanitario ha permitido proteger a 103.967 personas más que en el año precedente, gracias a una inversión estratégica de 19 millones de euros por parte del Gobierno regional.

COBERTURA MASIVA EN COLECTIVOS PRIORITARIOS

El grueso de la inmunización se ha concentrado en los sectores

de población más expuestos a complicaciones derivadas del virus. Los datos reflejan un compromiso sólido con los mayores y la infancia:

- Mayores de 65 años. Este grupo lidera las estadísticas con 869.725 dosis administradas, alcanzando una cobertura del 64,8% de su población diana.
- Población infantil (6 a 59 meses). Se ha logrado proteger a 104.728 menores, lo que equivale a una cobertura del 44,8%.
- Franja de 60 a 64 años. Un total de 160.285 personas acudieron a recibir su dosis durante la campaña.
- Población general (5 a 59 años). En este tramo se contabilizaron 484.525 inmunizados.

La campaña, que se desarrolló entre el 15 de octubre y el 31 de enero, no solo se centró en la edad, sino que puso el foco en pacientes con patologías cróni-



cas cardiovasculares, renales, respiratorias, diabetes, embarazadas, personal docente, fumadores y cuidadores de personas vulnerables.

EL REFUERZO DEL ZENDAL

Uno de los hitos de esta planificación fue la activación del Hospital público Enfermera Isabel Zendal como punto de vacunación extraordinaria. A finales de noviembre, ante un

repunte en la incidencia de la gripe, la Comunidad de Madrid habilitó este centro para ofrecer la vacuna sin necesidad de cita previa.

Esta medida preventiva extraordinaria estuvo operativa durante cuatro semanas, periodo en el cual 13.500 madrileños acudieron a las instalaciones para reforzar su protección inmunológica de forma ágil y directa. Los datos de salud pú-

blica avalan la efectividad de la campaña.

EFICACIA CLÍNICA

Al cierre del año 2025, se constató que las personas vacunadas en la región reducían en un 52,7% su riesgo de contraer la enfermedad en comparación con los no inmunizados.

Este nivel de protección ciudadana ha permitido mantener el virus bajo control. En la actualidad, la incidencia de la gripe en Madrid se sitúa en 12,97 casos por cada 100.000 habitantes.

Esta cifra es especialmente positiva si se compara con los 22,38 casos que establecen el umbral epidémico, demostrando que la inversión y la concienciación social han logrado mantener la enfermedad en niveles de estabilidad asistencial adecuados.

La estrategia madrileña reafirma la vacunación como la herramienta más eficiente para prevenir complicaciones graves, evitar ingresos hospitalarios y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario frente a las epidemias estacionales.

Salud Pública en Diálogos

Esteve Fernández reflexiona con el sector sobre la apuesta en Salud Pública de Cataluña

El secretari protagoniza el tercer encuentro de la segunda temporada de 'Salud Pública en Diálogos'

GACETA MÉDICA
Madrid

El secretari de Salut Pública de Catalunya, Esteve Fernández, ha sido el protagonista de un nuevo encuentro de Salud Pública en Diálogos, una iniciativa de Fundamed apoyada por Gaceta Médica, y que sirve como escenario para que los principales decisores en la materia expongan las medidas que están acometiendo y los retos que tienen por delante.

En esta ocasión, la conversación tuvo lugar en un emblemático emplazamiento, como es la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Allí, el secretari mantuvo una conversación con una nutrida representación del sector, que contó con la presencia del catedrático de Salud Pública y decano de la facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Antoni Trilla, quien actuó como anfitrión de la cita.



Esteve Fernández, flanqueado por De Quiroga (Fundamed) y Trilla (UB).

Asuntos como el envite de la variante K de la gripe, el impacto de otros virus respiratorios como el VRS, las amenazas para la salud de origen zoonótico, las coberturas de vacunación o el proceso que culminará con la puesta en marcha de la Agencia Estatal de Salud Pública cada vez ganan más terreno en la conversación y los titulares de los medios de comunicación.

En este marco, Fernández abordó las cuestiones más pu-

jantes en materia de Salud Pública, donde también está sobre la mesa la reflexión sobre el importante retorno que tienen estas políticas preventivas, así como los mecanismos a implementar para lograr que este área sea capaz de atraer más recursos y talento.

En el marco de la iniciativa, y a lo largo de los últimos meses, ya se han celebrado numerosos encuentros con los directores de Salud Pública de distintas comu-

nidades autónomas como son Manuel Fernández (Andalucía), José Fernando Díaz-Flores (Canarias), Nuria Gayán (Aragón), Carmen Durán (Galicia), Elena Andradás (Comunidad de Madrid), Laura Ruiz (ex directora general en Castilla-La Mancha), Isabel de Frutos (Cantabria) y el propio Esteve Fernández (Cataluña).

ESPACIO DE CONVERSACIÓN

Salud Pública en Diálogos es un espacio de encuentro y reflexión sobre los principales retos en este ámbito, que permite analizar y debatir temas clave como la prevención y vacunación frente a virus respiratorios, los sistemas de vigilancia y la equidad intergeneracional. Este foro busca contribuir al diseño de estrategias promoviendo un diálogo de administraciones sanitarias, sociedades científicas, entidades y compañías en torno a un Sistema Nacional de Salud (SNS) más equitativo, sostenible

y preparado para los desafíos del futuro.

El encuentro contó con la participación de Antoni Trilla (UB); Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed; Andrea Pitrelli, Katarina Haronikova y Marta Gárate (Shionogi); Ana Hernando, Mercedes Fernández de Castro y Silvia Armengol (GSK), Jordi Pont, Xavier Cabarrocas y José Manuel Jiménez (Seqirus); el pediatra Josep de la Flor; José Antonio Forcada, (ANENVAC); Juan Pablo Horcajada (SEIMC); Fernando Moraga-Llop (AEV); Marnel Santiña (SECA); Mikel Gómez Clares (SEDISA); Franz Peters (Plataforma One Health); Joan Guix (Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears); Antoni Sisó (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària); Domingo Rodríguez (SEMG Cataluña); Andreu Segura (SESPAS); Mercedes Sora (AEACaP Cataluña); Paloma García del Moral (Wecare-U); y Enrique Delgado (Gaceta Médica).

Jarro de agua fría del Gobierno a la Agencia de Salud Pública: no elegirá la sede hasta agosto

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El aplazamiento de la elección de la sede de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP) al 18 de agosto implica, de facto, que no se han cumplido los plazos que el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática había comunicado. En este contexto, la propuesta debió llegar al Consejo de Ministros el 17 de febrero y publicarse en el BOE como máximo el 18. El Departamento justificó el retraso con la necesidad de evaluar obras y adecuaciones técnicas "de calado". Sin embargo, sorprendió que esta decisión no se mencionó en la rueda de prensa del Consejo de Ministros. En cualquier caso, el proceso se estira seis meses más, obligando a que, mientras tanto, la AESAP

funcione de manera provisional desde el Ministerio de Sanidad.

El proceso de elección real se inició cuando el 17 de enero concluyó el plazo para la presentación de candidaturas, cerrando una carrera territorial marcada por el peso institucional. Con el registro ya cerrado, el mapa de aspirantes quedó definido con ocho ciudades: Granada, Zaragoza, Barcelona, Oviedo, Toledo, León, Lugo y Murcia. La ausencia más destacada fue la de Salamanca, cuya candidatura se daba por segura tras haber sido respaldada por la Consejería de Sanidad de Castilla y León días antes de la finalización del plazo.

También quedaron fuera varias comunidades que confirmaron a Gaceta Médica que no concurrirían. Baleares descartó presentarse porque, según fuentes de su Consejería de Salud, la

propuesta "no cuadra", mientras que Navarra, Cantabria, La Rioja y la Comunidad Valenciana confirmaron igualmente su ausencia. Madrid tampoco formalizó candidatura, y tanto Canarias como el País Vasco han optado por centrarse en el desarrollo de sus propios organismos autonómicos de salud pública.

Entre las propuestas presentadas, algunas contemplan arranques inmediatos con sedes provisionales. Andalucía ha propuesto Granada con una fórmula de doble ubicación: inicio en la Escuela Andaluza de Salud Pública, con capacidad para 60 personas, y traslado posterior al antiguo Clínico San Cecilio, con más de 6.000 metros cuadrados para albergar a los 300 profesionales. Aragón, por su parte, ha planteado el Pabellón de Aragón de la Expo 2008 (Zaragoza), con



Ángel Víctor Torres, ministro de Política Territorial y Memoria Democrática.

7.000 metros cuadrados y una inversión prevista de 16,9 millones en unos 15 meses.

Otras candidaturas han destacado por su entorno sanitario y académico o por su proximidad a Madrid. Asturias propone el edificio Calatrava (Oviedo), con capacidad para 300 puestos y respaldo del HUCA y la Universidad. Castilla-La Mancha ha defendido Toledo poniendo el acento en la cercanía a la capital, mientras que Barcelona, Lugo, León y Murcia han presentado ubicaciones concretas con superficies que superan los 4.000 metros exigidos y apoyos insti-

tucionales y científicos. De este modo, la AESAP no tendrá sede hasta el 18 de agosto, según el nuevo calendario, pero ello no impedirá que se siga avanzando de aquí a la fecha. Fuentes del Ministerio de Sanidad aseguraron a Gaceta Médica que los estatutos estarán listos en el primer semestre de este año, dejando claro que ello permitirá comenzar con "los primeros pasos de la Agencia".

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



Profesión

Estatuto Marco: acuerdo firmado, crisis abierta y huelga médica en las calles

El nuevo Estatuto Marco de Sanidad mantiene el rechazo médico y cronifica las protestas por todo el país

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

El nuevo Estatuto Marco que el Ministerio de Sanidad cerró el pasado mes de enero con los sindicatos del Ámbito de Negociación —SATSE, FSS-CCOO, UGT y CSIF— llega tras meses de tensión creciente, protestas en la calle y negociaciones encajadas. El origen del conflicto se remonta a enero del año pasado, cuando la filtración de un primer borrador encendió un enfrentamiento sin precedentes con el colectivo médico que, casi un año después, sigue sin resolverse. Aquel texto fue recibido con un rechazo frontal por parte de las organizaciones de facultativos, que consideraron no solo que no mejoraba sus condiciones, sino que incluso las empeoraba. El acuerdo actual del anteproyecto mantiene la estructura básica del Estatuto Marco, pero introduce modificaciones en algunos de los puntos más controvertidos, sin lograr, pese a ello, el respaldo de los médicos.

Entre los cambios más relevantes figura la limitación de las guardias a un máximo de 17 horas consecutivas, eliminando la posibilidad de prolongarlas hasta 24 salvo consentimiento voluntario. La jornada semanal máxima se reduce a 45 horas e incorpora como tiempo efectivo de trabajo tanto las jornadas previas como las posteriores a la guardia. Además, se establece un límite de cinco guardias mensuales, una de las reivindicaciones más reiteradas durante la negociación. En paralelo, el texto impulsa la implantación de la jornada ordinaria de 35 horas semanales, con el objetivo de homogeneizar condiciones entre comunidades autónomas, dado que todavía existen cinco territorios donde la jornada se sitúa en 37,5 horas.

En materia de jubilación, introduce avances significativos: reconoce el acceso voluntario a la jubilación parcial del personal estatutario y abre la puerta a solicitar a la Seguridad Social coeficientes reductores que per-



Decenas de médicos, en una de las protestas frente al Gregorio Marañón.

mitan una jubilación voluntaria anticipada, previo estudio. Son medidas largamente demandadas que, según el Ministerio, facilitarán el relevo generacional y adaptarán la salida del sistema a trayectorias profesionales especialmente exigentes.

MÉDICOS EN CONTRA

El contraste entre el relato de Sanidad y el de los sindicatos médicos es nítido. Mientras la ministra de Sanidad, Mónica García, define el texto como "la reforma sanitaria más importante de lo que llevamos de siglo" y un "hito histórico fruto del diálogo social", las organizaciones de facultativos lo describen como una escenificación que ignora las necesidades reales del colectivo. A su juicio, se trata de un acuerdo que nace sin contar con los médicos y que perpetúa unas condiciones que consideran peores que las del resto de categorías profesionales.

La respuesta ha sido la convocatoria de un calendario de huelgas con paros previstos durante las semanas 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. A ello se sumó la manifestación del pasado 14 de febrero, que recorrió el trayecto entre el Congreso de los Diputados y el Ministerio de Sanidad. Por primera vez, los principales sindicatos médicos —CESM, SMA, MC, Amyts, SME, O'MEGA— han marchado unidos encabezando la protesta contra el nuevo Estatuto Marco.

Durante la primera jornada de huelga médica, en centros como el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, el paro se percibió en las consultas suspendidas y en pruebas canceladas. Una médica joven del servicio de Ginecología explicó a este medio que secunda el paro porque, a su juicio, son "los más explotados": "El sistema se sostiene gracias a nosotros y con esta situación se va a caer abajo". Pilar Martín, facultativa del mismo centro, insistió a 'Gaceta Médica' que el malestar no es nuevo y reclamó que "el estatuto se negocie con nosotros y no contra nosotros". Además, señaló la carga asistencial: "No se puede seguir trabajando 50 horas a la semana".

No todos los facultativos comparten la misma lectura. Un

médico de Urgencias del hospital reconoció cierto cansancio ante la sucesión de huelgas. Secundó los primeros paros porque consideraba injusto el borrador inicial, pero ahora cree que el acuerdo "está bastante bien".

ESTATUTO PROPIO

En el fondo del conflicto subyace una reivindicación transversal: la exigencia de un estatuto propio o, al menos, de una mesa de negociación específica a nivel estatal para los médicos. Ángela Hernández, secretaria general de Amyts, defendió a este medio la necesidad de que, dado el carácter extraordinario de "su desempeño y la singularidad de sus condiciones, se negocie con ellos en una mesa estatal específica". Mercedes Tallón, vicepresidente de O'MEGA, denunció a 'Gaceta Médica' que los médicos están "infrarepresentados" en las mesas del ámbito, con menos del 20%.

Desde Cataluña, Xavier Lleornart, secretario general de MC, sostuvo que "el Ministerio no nos reconoce como interlocutores válidos a nivel estatal y que el acuerdo cronifica una discri-

minación histórica". Asimismo, Ana Santorcuato, delegada de SME, subrayó que el médico es la única categoría capaz de dar respuesta a toda la traza asistencial y que la propuesta ministerial "no reconoce esa singularidad de responsabilidad".

En la misma línea, Víctor Pedrera, secretario general de CESM, recordó que la última responsabilidad del acto clínico siempre recae en el médico y que "ese hecho debería tener un reflejo claro en el marco normativo". Rafael Ojeda, presidente de SMA, insistió en que los facultativos llevan años soportando condiciones "intolerables y precarias" sin que sus reclamaciones hayan sido atendidas.

Para quienes se manifestaron el 14 de febrero, el debate trasciende lo estrictamente laboral. "Sin médicos no hay sanidad", coreaban ante el Ministerio. La advertencia es clara: sin cambios estructurales que, a su juicio, reconozcan la especificidad y la responsabilidad del colectivo, la fuga de profesionales y el deterioro asistencial seguirán marcando la agenda del Sistema Nacional de Salud en los próximos meses.

CÁNCER

PREVENIR, DETECTAR
Y CURAR:
claves en el abordaje
de la enfermedad

Especial **GACETA MÉDICA**

PANORÁMICA DEL CÁNCER



7,1 millones de diagnósticos de cáncer están vinculados a factores prevenibles

Un análisis de la OMS revela que el tabaco es responsable del 15% de todos los casos nuevos de cáncer

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un análisis global que revela que hasta el 37% de los casos de cáncer nuevos podrían evitarse mediante la prevención de factores de riesgo conocidos. De acuerdo con el análisis, esto representa aproximadamente 7,1 millones de casos en 2022 vinculados a causas prevenibles, lo que subraya el enorme potencial de la prevención para reducir la carga global de esta enfermedad.

El estudio, realizado por la OMS y su Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), y publicado en la revista *Nature Medicine*, analizó la contribución de 30 factores de riesgo prevenibles en 185 países y 36 tipos de cáncer. Entre estos factores se incluyen exposiciones conductuales (como el consumo de tabaco y alcohol), metabólicas (exceso de peso), ambientales (contaminación del aire y radiación ultravioleta), así como, por primera vez en un análisis global de este alcance, nueve infecciones con evidencia causal demostrada en el desarrollo del cáncer.

La solidez metodológica del trabajo ha sido destacada por expertos independientes. Alejandro Pérez-Fidalgo, médico del servicio de Oncología y Hematología del Instituto de Investigación Sanitaria Clínico Valencia (INCLIVA), Hospital Clínico Universitario de Valencia, señaló en declaraciones a Science Media Centre, que "el estudio es relevante y sus conclusiones tienen importancia, ya que se ha analizado una cantidad ingente de datos cruzando diferentes bases". Según explicó, los autores analizan "por un lado, a partir de la base de datos GLOBOCAN, la incidencia de los nuevos diagnósticos de diferentes tipos de cáncer por país, edad y sexo; y, por otro lado, varias bases de datos de prevalencia de factores de riesgo conocidos de cáncer, entre ellas, de la OMS, IARC y UNICEF".

Este enfoque permite estimar qué proporción de cánceres podría evitarse en función de la exposición previa a factores de riesgo, aunque con limitaciones. "El trabajo tiene una debilidad, y es que no establece un estudio causa-efecto, sino que con los factores ya conocidos establece una correlación entre la prevalencia de cáncer y la

proporción de factores de riesgo 10 años antes en esa población", reconoció Pérez-Fidalgo. No obstante, añadió que "dado el gran número de tumores incluidos —18,7 millones, de los cuales 7 millones son atribuibles a cánceres prevenibles— y la potencia de las bases de datos utilizadas, las conclusiones pueden considerarse suficientemente sólidas".

Infecciones y alcohol

Los resultados confirman que el tabaco sigue siendo la causa prevenible más importante de cáncer en el mundo, responsable del 15% de todos los casos nuevos, lo que equivale a millones de diagnósticos evitables cada año. A continuación se sitúan las infecciones oncogénicas, que explican el 10% de los casos, y el consumo de alcohol, con un 3%. En conjunto, estos tres factores concentran la mayor parte de la carga prevenible de la enfermedad.

Para Pérez-Fidalgo, una de las principales aportaciones del estudio es precisamente la cuantificación de este impacto. "El estudio subraya la importancia que tienen los factores de riesgo prevenibles como el tabaco, las infecciones y otros

en la aparición de cáncer en la población. Lo que destacaría de este trabajo es que lo cuantifica en cifras y que estas son realmente contundentes". En este sentido, destacó que "adjudica nada menos que un 23,1% de todos los cánceres del hombre en 2022" al tabaco, lo que pone de relieve el potencial de las políticas de control del tabaquismo.

Entre los cánceres con mayor proporción de casos atribuibles a causas evitables destacan el cáncer de pulmón, el cáncer gástrico y el cáncer de cuello uterino, que en conjunto representan casi la mitad de los cánceres prevenibles a nivel mundial. El cáncer de pulmón está estrechamente vinculado al tabaquismo activo y pasivo, así como a la exposición prolongada a contaminantes atmosféricos como las partículas finas (PM_{2.5}). En el caso del cáncer de estómago, la infección crónica por *Helicobacter pylori* continúa siendo el principal factor de riesgo, especialmente en regiones con menor acceso a diagnóstico y tratamiento. Por su parte, más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino están relacionados con la infección persistente por virus

del papiloma humano (VPH), una causa en gran medida prevenible mediante vacunación y programas de cribado.

"Datos igualmente relevantes en el caso de las mujeres, en las cuales las infecciones son el principal factor causante de cáncer, en concreto, el virus del papiloma (por el cáncer de cérvix) y el *Helicobacter pylori* por el cáncer gástrico", subrayó Pérez-Fidalgo. Según indicó, "el 11,5% de los casos podrían ser debido a la exposición a estos agentes", lo que refuerza la importancia de las estrategias de vacunación y control de infecciones, con impacto variable según la región geográfica.

Además del VPH y *H. pylori*, el análisis incluye otras infecciones con un papel bien establecido en la carcinogénesis, como los virus de la hepatitis B y C (asociados al cáncer de hígado), el virus de Epstein-Barr, el virus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) y determinados parásitos, cuya prevalencia sigue siendo elevada en algunas regiones del mundo.

ACCEDER A
LA NOTICIA
COMPLETA



ENTREVISTA

"Del aire a la publicidad: parte sustancial del riesgo oncológico se construye en el entorno"

JOSÉ MARÍA MARTÍN-MORENO, miembro del Comité Científico del ECAC5

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

La lucha contra el cáncer en Europa ha dado un giro cualitativo con la presentación de la quinta edición del Código Europeo contra el Cáncer (ECAC5), un documento que trasciende las recomendaciones individuales para apelar directamente a la responsabilidad institucional y política. En un contexto donde más del 40% de los tumores podría evitarse mediante hábitos saludables y detección precoz, el desafío ya no es solo informar al ciudadano, sino transformar el entorno en el que vive.

Para profundizar en este nuevo paradigma, Gaceta Médica entrevista a José María Martín-Moreno, miembro del Comité Científico del ECAC5, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia, Director de la Cátedra de Gestión Innovadora para la Salud, FES & Coordinador de Políticas Sanitarias Europeas y Globales de la Fundación ECO.

Pregunta. Una de las grandes innovaciones de esta edición del Código Europeo contra el Cáncer es la inclusión de recomendaciones dirigidas específicamente a los responsables políticos. También en la tribuna publicada recientemente en Gaceta Médica, usted apela a la responsabilidad institucional. ¿Son conscientes nuestras administraciones del papel que juegan en la prevención del cáncer?

Respuesta. En general, sí hay una conciencia creciente, pero todavía no está plenamente "interiorizada" como prioridad estructural. Téngase en cuenta que las decisiones se toman en un contexto político de urgencias y tácticas prioritarias, y las administraciones suelen identificar la prevención con campañas informativas o con programas concretos —vacunación, cribados— que no darán necesariamente rédito a corto plazo.

En cualquier caso, este tipo de campañas o programas, siendo necesarias, resultan insuficientes. La gran aportación del ECAC5 es recordar que una parte sustancial del riesgo oncológico se construye en el entorno: lo que

se regula, lo que se incentiva, lo que se publicita, lo que se permite en el espacio público, cómo se diseñan las ciudades, cómo se protege a la población trabajadora o qué calidad tiene el aire que respiramos.

Por eso hablo de "contrato social": la ciudadanía tiene un papel claro, pero no se le puede pedir que navegue a contracorriente de determinantes comerciales y ambientales. Cuando el "default" es fumar o vapear con facilidad, alcohol hiperpresente, sedentarismo urbanístico, oferta alimentaria poco saludable y desigualdad en acceso, la responsabilidad individual queda condicionada. Y ahí, quien tiene la palanca es la política pública.

P. El Código afirma que más del 40% de los tumores podría prevenirse mediante hábitos de vida saludables y detección precoz. ¿Considera que la sociedad tiene el ecosistema adecuado en la actualidad para poder encaminar su estilo de vida hacia uno más saludable?

R. Diría que lo tiene de forma desigual. Hay segmentos de población con más recursos, más educación sanitaria y mejores entornos que pueden "convertir" recomendaciones en conductas. Pero muchos otros no. Y en salud pública, cuando una intervención funciona muy bien en quienes menos lo necesitan, el resultado puede ser un aumento de desigualdades. Eso no es equitativo.

Para que el ecosistema sea adecuado hay que facilitar la opción saludable. Eso significa menos fricción para caminar, hacer actividad física o comer de forma razonable; y más fricción para el tabaco, la nicotina y el alcohol. También implica proteger de manera mucho más activa a menores y adolescentes, porque es ahí donde se decide buena parte del riesgo futuro. Y, desde luego, significa que el mensaje no sea "moralizante": la prevención no puede ser un juicio sobre la persona, sino un marco que la acompaña.

P. Además de los cribados de colon, cervix y mama, cada vez está más claro que los cribados de cáncer de pulmón, el tumor que más fallecimientos provoca en España, deben introducirse como herramienta preventiva.



"Hay una conciencia creciente sobre el cáncer, pero todavía no está interiorizada como prioridad estructural"

¿De dónde cree que viene que no hayamos dado ese paso todavía?

R. Hay una mezcla de prudencia técnica y barreras operativas. Durante años pesaron dudas razonables sobre el balance beneficio-riesgo (falsos positivos, sobrediagnóstico, procedimientos invasivos) y sobre coste-efectividad; hoy la evidencia internacional y la experiencia de otros países han ido despejando muchas de esas incógnitas.

El freno principal ahora es la "implantabilidad": una decisión de calado, como la de implementar el cribado de pulmón, exige y exige identificar bien a la población de alto riesgo, TAC de baja dosis con estándares homogéneos, protocolos de manejo de nódulos,

equipos multidisciplinares, registro y evaluación, y una integración real con cesación tabáquica. De hecho, en España ya se han impulsado pilotos de gran valor (por ejemplo, CASSANDRA y otros), pero con frecuencia han dependido de recursos limitados y apoyos parciales, lo que ha dificultado escalarlos y cerrar resultados concluyentes a gran escala.

En resumen: no es falta de necesidad; es la necesidad de hacerlo con rigor, financiación y capacidad instalada para que sea seguro, coste-efectivo y sostenible.

P. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, el mensaje ha pasado de "limitarlo" a "evitarlo" por completo. ¿Qué políticas a corto plazo pueden ser efectivas para al menos reducir el consumo de alcohol en nuestras sociedades?

R. Sé que esto no es fácil de asumir de golpe: en nuestro entorno el alcohol no solo se ha normalizado, sino que a menudo se ha valorado socialmente de forma generalizada. Por eso, lo primero (y lo más honesto) es llamar a las cosas por su nombre: en cáncer, el alcohol no es un "alimento cultural"; es un producto con riesgo carcinógeno. Cuando

el mensaje se vuelve nítido, se facilita la acción política y la decisión clínica. A corto plazo, las medidas más efectivas suelen combinar precio, disponibilidad y marketing. Subir fiscalidad, limitar promociones y ofertas agresivas, restringir publicidad y reducir la presencia del alcohol en entornos de ocio juvenil tiene impacto.

El SNS puede hacer mucho con intervenciones breves y sistemáticas en atención primaria, urgencias y consultas hospitalarias, no desde el reproche sino desde la ayuda. Y una medida que suele ser muy coste-efectiva es reforzar la protección de menores: control real de venta, sanciones que se cumplan y entornos escolares y deportivos menos colonizados por patrocinio.

P. El tabaco ya es un clásico en estas recomendaciones, aunque seguimos teniendo el problema del cáncer de pulmón en mujeres. En esta edición se pone también el foco en el vapeo. ¿Por qué es necesaria una mayor regulación del vapeo o un control del marketing al respecto?

R. Porque el vapeo no es un fenómeno neutro: está reintroduciendo la nicotina en generaciones que, de otra forma, probablemente no habrían fumado. El riesgo principal aquí es poblacional: normalizar el consumo, captar menores y consolidar dependencia nicotínica. Aunque el perfil tóxico sea menor al del cigarrillo, eso no lo convierte en inocuo, y además existe el efecto de puerta de entrada en los jóvenes.

El marketing es clave porque actúa precisamente donde más daño hace: en adolescencia, cuando se construyen hábitos. Sabores, estética, redes sociales y la idea de "producto tecnológico" generan una percepción de bajo riesgo. Si queremos evitar repetir la historia del tabaco, necesitamos regulación de publicidad, control de sabores atractivos, verificación de edad efectiva, fiscalidad coherente y un marco de espacios libres de emisiones que preserve la norma social.

ACCEDE A LA
ENTREVISTA
COMPLETA



NUEVOS MECANISMOS

Superar la barrera de los tumores sólidos con CAR-T: CRISPR-Cas9 es la clave

La inactivación de los receptores EP2 y EP4 mediante CRISPR permite a las CAR-T mejorar su eficacia

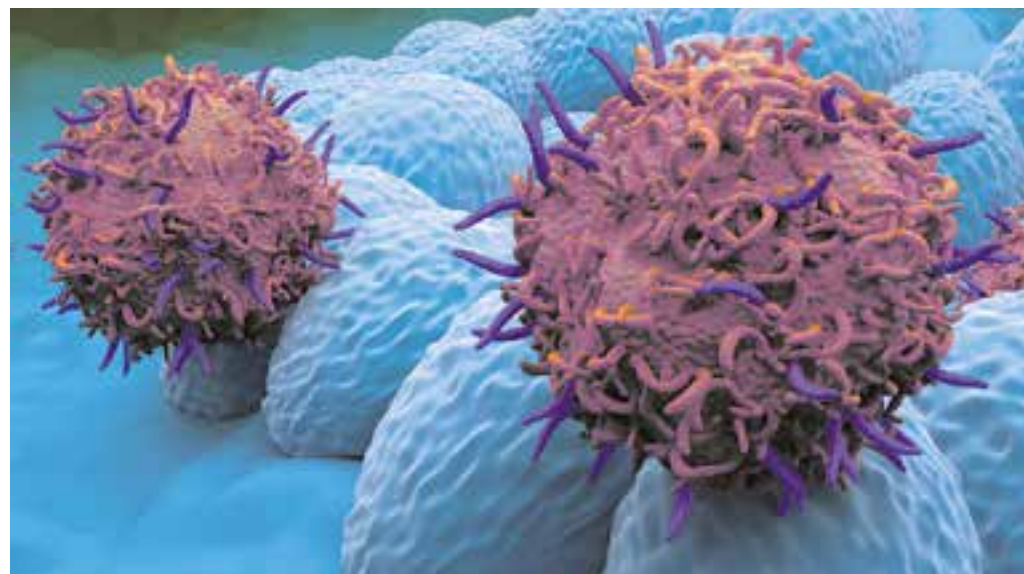
ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Un equipo de investigadores ha desarrollado una nueva estrategia genética para potenciar la eficacia de las terapias CAR-T frente a tumores sólidos, uno de los grandes retos pendientes de la inmunoterapia oncológica. El trabajo, liderado por el profesor Sebastian Kobold en el Hospital Universitario LMU de Múnich y el Instituto de Farmacología Clínica, en colaboración con el profesor Jan Böttcher, de la Universidad de Tübinga, demuestra que la inactivación de dos receptores clave mediante la herramienta de edición genética CRISPR-Cas9 permite proteger a las células CAR-T frente a un potente mecanismo inmunosupresor tumoral. Los resultados se han publicado en *Nature Biomedical Engineering*.

La investigación parte de un hallazgo previo del grupo de Kobold. En 2024, el equipo demostró que la prostaglandina E2 (PGE2), un metabolito abundante en el microambiente tumoral, puede bloquear la función de las células T —las células "asesinas" del sistema inmunitario— al unirse a receptores específicos en su superficie. Esta interacción inhibe su proliferación y persistencia, impidiendo que ataquen eficazmente a las células cancerosas. Este mecanismo ayuda a explicar por qué las terapias CAR-T, revolucionarias en cánceres hematológicos, apenas han logrado resultados en tumores sólidos como los de páncreas o intestino.

Las terapias CAR-T han demostrado una elevada eficacia en determinadas leucemias y linfomas. En estos pacientes, las células T se extraen, se modifican genéticamente para reconocer un antígeno tumoral específico —como CD19— y se reintroducen en el organismo para destruir las células malignas. En muchos casos, el cáncer desaparece o deja de progresar. Sin embargo, los tumores sólidos han desarrollado múltiples estrategias para neutralizar estas células modificadas.

"El eje PGE2-EP2-EP4 es una potente vía de señalización in-



hibitoria en los linfocitos T CAR en el tejido tumoral", señalan los autores en la discusión del estudio. La PGE2 actúa uniéndose a los receptores EP2 y EP4 en la superficie de las células T, activando señales que reducen la expresión del receptor de IL-2 y, con ello, su capacidad de expandirse y persistir en el entorno tumoral.

Esquivando obstáculos

Frente a este obstáculo, los investigadores diseñaron una solución directa: eliminar genéticamente ambos receptores —EP2 y EP4— en las células CAR-T mediante edición con CRISPR-Cas9. De este modo, la PGE2 ya no puede unirse ni ejercer su efecto inmunosupresor.

Los resultados fueron claros. Mientras que las células CAR-T convencionales mostraban una proliferación reducida en tumores ricos en PGE2, las células modificadas —deficientes en EP2 y EP4— mantenían su capacidad proliferativa y mostraban una mayor actividad antitumoral. En modelos in vivo de xenoinjerto humano en ratones NXG, la inactivación simultánea de ambos receptores aumentó la persistencia de las células T en el microambiente tumoral y prolongó la supervivencia.

Un hallazgo relevante fue que la activación funcional de las células CAR-T no se vio afectada por la PGE2, ni in vitro ni en células infiltradas en tumores. Según los autores, la menor citotoxici-

"El eje PGE2-EP2-EP4 es una potente vía de señalización inhibitoria en los linfocitos T CAR dentro del tejido tumoral"

dad observada en células no modificadas no se debe a una incapacidad para reconocer o matar células tumorales, sino a una expansión deficiente: simplemente, había menos células efectoras disponibles en el tumor.

El equipo también probó la estrategia en muestras tumorales derivadas de pacientes con cáncer de páncreas, intestino y tumores neuroendocrinos. Las células CAR-T editadas mostraron una mayor actividad antitumoral frente a estas muestras humanas, lo que refuerza el potencial translacional del enfoque.

Hasta ahora, una de las estrategias para contrarrestar el efecto inmunosupresor de la PGE2 había sido la inhibición de la enzima COX, responsable de su producción. Sin embargo, aunque los inhibidores de COX mostraron efectos preventivos frente a varios tipos de cáncer, su uso terapéutico se ha visto limitado por efectos secundarios como erupciones cutáneas y hemorragias gastrointestina-

les. Además, estudios recientes sugieren que algunos fármacos como el celecoxib pueden incluso reducir la expansión de las células CAR-T humanas.

Ante estas limitaciones, se desarrollaron inhibidores selectivos de EP2 y EP4. No obstante, estos receptores se expresan en múltiples tipos celulares, por lo que su bloqueo sistémico podría generar efectos adversos. La estrategia propuesta por el grupo alemán evita este problema al eliminar los receptores exclusivamente en las células CAR-T, preservando la señalización fisiológica de la PGE2 en el resto del organismo.

"Usando nuestro método de eliminación de EP2 y EP4, podemos proteger selectivamente las células T CAR de la PGE2 mientras dejamos inalterada la señalización sistémica", sostuvieron los investigadores. Además, destacan que su enfoque funciona a concentraciones fisiológicamente relevantes de PGE2, tanto in vitro como in vivo, a diferencia de estudios previos con inhibidores farmacológicos.

Desafíos por resolver

No obstante, los autores reconocen los desafíos de seguridad asociados a la edición genética adicional de las células T. La potenciación de su actividad citotóxica podría aumentar el riesgo de respuestas inmunes descontroladas. Además, la edición mediante CRISPR plantea la preocupación de posibles efectos

fuera del objetivo (off-target), que podrían generar alteraciones genéticas no deseadas.

En este sentido, el equipo realizó análisis de secuenciación del genoma completo que no detectaron efectos relevantes de edición fuera del objetivo, lo que sugiere un perfil de riesgo relativamente bajo con las guías de ARN empleadas. Aun así, subrayan la necesidad de validar estos resultados en múltiples donantes y en el contexto clínico. También apuntan que ensayos previos con células CAR-T editadas con CRISPR —como aquellas con inactivación del punto de control PD-1— no han mostrado un aumento de toxicidad respecto a terapias convencionales.

"Pronto será posible probar nuestro enfoque en estudios clínicos", afirmó Janina Dörr, autora principal del estudio. En una primera fase, la estrategia no se aplicará en tumores sólidos, sino en linfomas. Actualmente, solo alrededor de la mitad de los pacientes con linfoma se benefician de la terapia CAR-T estándar. "Según nuestros hallazgos, existe una alta probabilidad de que la terapia con PGE2 silenciada tenga un éxito considerablemente mayor", explicó Kobold.

Si los resultados clínicos confirman las expectativas, el siguiente paso sería extender la estrategia a pacientes con tumores sólidos, siempre que se obtenga la financiación necesaria. De lograrlo, esta aproximación podría abrir una nueva etapa en la inmunoterapia celular, superando una de las principales barreras biológicas que han limitado su eficacia fuera de los cánceres hematológicos.

En conjunto, el estudio presenta una plataforma versátil que permite intercambiar dianas CAR en tumores ricos en PGE2 y subraya la relevancia clínica de la inactivación dirigida de receptores mediante CRISPR. Más allá de un avance técnico, la investigación apunta a un cambio conceptual: en lugar de bloquear sistémicamente los mecanismos inmunosupresores del tumor, reprogramar selectivamente las células terapéuticas para hacerlas resistentes a ellos.

FIGURA DE ALTO NIVEL

La Fundación ECO reclama un comisionado en cáncer que coordine políticas integrales

Debería ser un puente entre la evidencia científica y la definición de políticas públicas ante los nuevos desafíos

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

España superará en 2026, por primera vez, la barrera de los 300.000 casos de cáncer, con un aumento estimado de la incidencia cercano al 2% respecto al año anterior. Por ello, en el marco del Día Mundial contra el Cáncer, la Fundación ECO (Excelencia y Calidad en Oncología) reclama la creación de un comisionado que coordine políticas integrales contra este grupo de patologías, que además suponen la primera causa de muerte en España con más de 115.000 fallecimientos anuales.

Esta figura de alto nivel actuaría como enlace entre las diferentes administraciones, sociedades científicas, profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes y sociedad civil, garantizando la equidad y continuidad de las acciones contra el cáncer en todo el territorio según necesidades. Además, permitiría reforzar el papel de España en las iniciativas europeas e internacionales contra el cáncer, alineando los esfuerzos nacionales con los objetivos del Plan Europeo de Lucha contra la enfermedad.

En este sentido, la petición de creación de un comisionado se alinea con el documento de evaluación publicado a finales de 2025 por el Servicio de Investigación del Parlamento Europeo (EPRS), en el que se valoraba el estado de implementación del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. Este análisis dedica una parte sustancial a la falta de coordinación y gobernanza entre los niveles comunitario, nacional y regional, abogando por la creación de órganos de coordinación central que manifesten una visión estratégica a largo plazo.

Además de armonizar el despliegue del Plan Europeo, la figura del comisionado serviría para coordinar la implementación en términos equitativos de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, asegurando que todas las CC.AA. avancen a un ritmo similar en la mejora de la atención oncológica y con criterios comunes de calidad



Rafael López López, Jesús García-Foncillas y José María Martín-Moreno (Fundación ECO).

"Seguiremos subrayando la necesidad de contar con un líder que dé una respuesta frente a esta emergencia sanitaria"

asistencial y evaluación de resultados.

"En un contexto de fuerte incremento en la incidencia del cáncer, es preciso que esta enfermedad se aborde como una prioridad de Estado. Por ello, desde la Fundación ECO seguiremos subrayando la necesidad de contar con una figura institucional de consenso, y con capacidad ejecutiva, que actúe como líder de la respuesta nacional frente a esta emergencia sanitaria. Del mismo modo que se ha reconocido, con acierto, el profundo impacto social de los trastornos de salud mental con la creación de un comisionado específico, resulta imprescindible dar un paso análogo en el ámbito del cáncer, un grupo

de patologías que condiciona profundamente la vida de millones de personas y sus familias en España", señala Jesús García-Foncillas, presidente de la Fundación ECO.

Esta red de expertos en Oncología ofrece su máxima voluntad de colaboración para servir como puente entre la evidencia científica y la definición de políticas públicas que refuercen la atención de los pacientes ante los nuevos desafíos en cáncer. Entre otros, el aumento de la incidencia en adultos jóvenes, el incremento sostenido en el número de largos supervivientes de la enfermedad o la exposición a factores de riesgo evitables (tabaco, alcohol, contaminación, obesidad o sedentarismo).

"Hay que asegurar que todas las CCAA avancen a un ritmo similar en la atención oncológica y con criterios comunes"

TUMORES GINECOLÓGICOS

"El cáncer de ovario supone un verdadero reto tanto diagnóstico como terapéutico"

Santiago Domingo del Pozo (Hospital La Fe) analiza en GM la situación de estos cánceres en España

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

Los cánceres ginecológicos hacen referencia a tumores malignos que afectan a los órganos reproductores femeninos. Estos tumores pueden localizarse en diferentes partes del aparato reproductor femenino, como el ovario, útero, endometrio, cérvix, vagina y vulva, siendo el primero y el tercero los de mayor incidencia. El cáncer de endometrio es el tipo más común de cáncer ginecológico, y suele diagnosticarse en mujeres con una edad promedio de 63 años. Las pacientes que son diagnosticadas en etapas avanzadas o que experimentan una recaída (10-15% de los casos) presentan un pronóstico muy desfavorable, con una tasa de supervivencia a los cinco años de tan solo el 17%.

Por su parte, el cáncer de ovario ocupa el octavo lugar como causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial y es considerado como el cáncer ginecológico de mayor complejidad en su abordaje. La edad promedio de diagnóstico también se sitúa en torno a los 63 años, y aproximadamente el 80% de las pacientes con la enfermedad en etapa avanzada experimentan una progresión en los primeros tres años y su tasa de supervivencia es inferior a cinco años. Una infografía elaborada por la Asociación de Afectadas por Cáncer de Ovario y Ginecológico (ASACO) y Asociación Mama y Ovario Hereditario (AMOH), donde ha colaborado GSK, muestra que "es crucial crear conciencia entre las mujeres, las sociedades médicas y las instituciones sobre la importancia de un abordaje óptimo del cáncer de ovario para incrementar las posibilidades de curación".

Santiago Domingo del Pozo, jefe de sección de Ginecología Oncológica del Hospital Universitari i Politècnic La Fe y miembro de la Junta Directiva de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la Sociedad Española de Ginecología Oncológica (SEGO), explica que "el cáncer de ovario es el gran caballo de batalla en medicina, ya que el 80% se sigue



Santiago Domingo del Pozo

Jefe de Sección de Ginecología Oncológica del Hospital La Fe

"En el 80% de los casos, el cáncer de ovario se diagnostica con la enfermedad avanzada y diseminada por todo el abdomen"

diagnosticando de forma avanzada en una enfermedad ya diseminada por todo el abdomen". Por tanto, confirma que "supone un verdadero reto tanto diagnóstico como terapéutico".

El cáncer de ovario presenta dificultades en su detección en etapas tempranas debido a que sus síntomas suelen ser indefinidos hasta que la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada. Respecto a cómo influye el diagnóstico tardío en la supervivencia y en las opciones de abordaje en este tipo de tumor, Domingo del Pozo subraya que "la supervivencia a cinco años no es especialmente alta, pero está mejorando notablemente gracias a los avances en cirugía y a la aparición de nuevos tratamientos". A continuación, indica que "hemos pasado de una quimioterapia muy estándar a un tratamiento farmacológico dirigido".

La infografía destaca que una de las principales necesidades de las pacientes con cáncer de ovario es la subespecialización



en oncoginecología, así como contar con un enfoque multidisciplinar que favorezca un manejo óptimo de la patología. Asimismo, el documento gráfico recoge que es importante garantizar la cirugía de este tipo de tumor en hospitales de referencia, ya que caracteriza por ser altamente compleja porque involucra múltiples órganos.

Contar con centros de referencia

La tasa de supervivencia del tumor de ovario es aproximadamente del 50%, pero solo la mitad de las comunidades autónomas (CCAA) logran alcanzar esta cifra. El documento de ASACO y AMOH precisa que esto se debe a que las pacientes están siendo intervenidas en centros no considerados de referencia, ya que la tasa de supervivencia depende directamente de la excelencia de la intervención y de la cantidad de tumor residual después de la cirugía. Estudios

han demostrado que cuanto mayor sea la cantidad de tumor eliminado del abdomen, mejor será el pronóstico para la paciente.

En este contexto, Domingo del Pozo añade que "no todas las pacientes en todas las CCAA tienen el mismo acceso a la calidad asistencial". A continuación, el experto argumenta que "en el siglo XXI no nos podemos permitir que enfermedades que realmente no son tan frecuentes, pero que en conjunto suman, no sean tratadas en centros de referencia con personal específico y especializado". Para Domingo del Pozo, es un problema meramente político. "Aunque se lo exponemos a cada uno de los gobiernos interlocutores, no logramos que se atienda una demanda tan sensata y fácil de realizar", pronuncia.

Otro de los aspectos que el especialista considera crucial es que "es necesario integrar todos

los aspectos que conocemos de las pacientes que tienen la enfermedad, incluyendo aquellas con un buen status clínico, o las mujeres que llamamos largas supervivientes, quienes siempre están amenazadas por una recaída, pero deben seguir sobreviviendo". Desde su experiencia, "a menudo no nos damos cuenta del impacto que nuestros tratamientos tienen en su vida social, sexual e intelectual". Por ello, reitera que "debemos saber gestionar lo que ocurrirá después, porque cuando el tumor entra en una persona, entra en todo su entorno".

Por otro lado, los expertos consideran importante que, al mismo tiempo que se prescribe el tratamiento de quimioterapia, se pauten ejercicios físicos adaptados a las necesidades de las pacientes. "El ejercicio físico tiene muchos beneficios en todas las áreas de una persona", sostiene Domingo del Pozo. Seguidamente, confirma que "es importante reconocer que, cuando seleccionamos a los pacientes para cirugía, ya entran en un programa de rehabilitación, y una de las cosas que se realiza es el ejercicio físico de manera programada".

El especialista recalca que "se ha demostrado que las pacientes que muestran una buena preparación física de cara a un tratamiento quirúrgico y farmacológico tienen mejores resultados, menos complicaciones y mejor calidad de vida. Si trasladamos esto al postratamiento, el impacto tiene que ser tremendamente positivo".

Por último, respecto a cuáles son los principales retos que se plantean en el abordaje de los cánceres ginecológicos, y más en particular el de ovario, Domingo del Pozo identifica tres: "que los pacientes estén tratados en los sitios donde merecen ser tratados, que sepamos gestionar las expectativas de los pacientes y no solo las de curación, y que sepamos dar respuesta al tratamiento de la recaída de los tumores". "En el cáncer de ovario, en particular, se ha abierto una puerta tremenda en esta dirección, y los datos de la literatura publicada en los últimos años ya lo demuestran", concluye.

Nuestra misión

Salud y alimentación
para todos

*Nuestras innovaciones en salud dan la
oportunidad a padres como Carlos de estar ahí.*

Síguenos en:

Web: bayer.es

Ivoox: Bayer Contigo

📷 @bayerespanaoficial

X @BayerEspana

📺 Bayer España

📺 Bayer



ENTREVISTA

“No tratamos solo un tipo de cáncer, sino a una persona con un perfil molecular concreto”

JACOBO MUÑOZ, director médico de Johnson & Johnson Innovative Medicine España

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La oncología vive un cambio de paradigma impulsado por la medicina de precisión, el diagnóstico molecular y las terapias avanzadas. Jacobo Muñoz, director médico de Johnson & Johnson Innovative Medicine España, analiza cómo la investigación está transformando el abordaje de tumores sólidos y hematológicos.

Pregunta. En los últimos años se habla cada vez más de medicina de precisión. ¿Qué significa realmente este concepto para los pacientes oncológicos y cómo se traduce en la práctica clínica diaria?

Respuesta. La medicina de precisión supone un cambio de paradigma en oncología: pasamos de un enfoque homogéneo o similar para todos los pacientes a otro enfoque en el que las decisiones terapéuticas están basadas en las características biológicas y moleculares de cada tumor y, en última instancia, de cada paciente. Ya no tratamos sólo un tipo de cáncer, sino a una persona con un perfil molecular concreto.

En la práctica clínica, esto se traduce en un diagnóstico más preciso gracias al uso de biomarcadores y técnicas avanzadas de diagnóstico molecular, que permiten identificar alteraciones genéticas relevantes y seleccionar tratamientos dirigidos con mayor probabilidad de beneficio y, en muchos casos, con un mejor perfil de tolerabilidad.

Pero la medicina de precisión va más allá del tratamiento. Impulsa una atención más integral y centrada en la persona, apoyada en la toma de decisiones compartida y en el trabajo de equipos multidisciplinares. El objetivo no es solo prolongar la supervivencia, sino mejorar la calidad de vida y la experiencia del paciente a lo largo de todo su recorrido asistencial.

P. En tumores sólidos como el cáncer de pulmón o vejiga, ¿de qué manera la investigación y el desarrollo de nuevas terapias están modificando el diagnóstico y el tratamiento?

R. La investigación y el desarrollo de terapias están trans-



“La medicina de precisión está cambiando el pronóstico del cáncer y acercándonos a la curación funcional”

formando de forma profunda el abordaje de los tumores sólidos, y el cáncer de pulmón es uno de los ejemplos más claros. Hoy sabemos que el “qué” tratamos y, sobre todo, el “cuándo” lo hacemos es clave: incorporar el diagnóstico molecular y los biomarcadores desde fases tempranas permite identificar subgrupos de pacientes y tomar decisiones terapéuticas mucho más precisas desde el inicio.

En cáncer de pulmón, la medicina de precisión se ha materializado en el desarrollo de terapias dirigidas para pacientes que históricamente tenían opciones muy limitadas. El conocimiento de alteraciones moleculares como las mutaciones clásicas de EGFR o las inserciones del exón 20 ha permitido avanzar hacia tratamientos más eficaces y personalizados.

Con la llegada de terapias como amivantamab, estamos dando pasos clínicamente muy relevantes, aumentando la supervivencia global de pacientes con enfermedad avanzada o metastásica y cambiando de forma tangible su pronóstico.

En cáncer de próstata, por ejemplo, sabemos que aproximadamente uno de cada cinco hombres con enfermedad resistente a la castración metastásica presenta alteraciones en genes de reparación por recombinación homóloga, como BRCA1 o BRCA2, asociadas a un curso más agresivo. Este conocimiento ha impulsado estrategias terapéuticas dirigidas a estos perfiles moleculares y ha permitido desarrollar nuevas opciones de tratamiento, por ejemplo, en 2025 hemos lanzado en España un tratamiento, el primer comprimido de acción dual (combinación de niraparib y acetato de abiraterona), que mejora significativamente su supervivencia libre de progresión.

En carcinoma urotelial avanzado, la investigación también está empezando a cambiar la historia natural de la enfermedad. La identificación de alteraciones como FGFR3 ha abierto la puerta a nuevas terapias en un tumor que, hasta hace poco, contaba con opciones muy limi-

tadas como estamos demostrando con erdafitinib.

En conjunto, estos avances reflejan cómo la investigación está redefiniendo el abordaje del diagnóstico y el tratamiento en oncología: más diagnóstico molecular, más personalización y, en última instancia, mejores resultados clínicos para los pacientes.

P. Más allá de los tumores sólidos, los cánceres hematológicos como el mieloma múltiple también han experimentado avances relevantes. ¿Qué hitos destacaría en este ámbito y qué impacto tienen en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes?

R. En mieloma múltiple podemos decir que se ha dado una verdadera revolución en los últimos 20 años. Un hito clave es la llegada de terapias avanzadas como CAR T, que llevan la personalización a su máxima expresión. En mieloma múltiple, la introducción de nuestro CAR T ciltacel desde segunda línea está redefiniendo el abordaje de una enfermedad que hace solo una década se asociaba a una esperanza de vida de dos años y hoy puede superar los diez.

Pero desde la primera línea contamos con diversos esquemas de tratamiento basados en daratumumab, con los que en base a las predicciones de los últimos estudios podemos esperar supervivencias de hasta 17 años sin progresión del paciente. Estos resultados hacen que unas décadas eran impensables, en los años 70 apenas el 10% de los pacientes diagnosticados de mieloma múltiple alcanzaban los 5 años de supervivencia.

Para la tercera y cuarta línea, los fármacos bispecíficos son hoy una realidad que está generando más esperanza para los pacientes en situación más avanzada. La evidencia científica se muestra muy prometedora y nos hace confiar en la eficacia de nuevas combinaciones y de fármacos trispecíficos que vendrán en un futuro y que supondrán nuevas oportunidades en todas las etapas del mieloma múltiple.

Estos avances, están confi-

riando mayor supervivencia a los pacientes manteniendo una buena calidad de vida, y sin duda alguna nos marcan el camino hacia una meta clara: la curación funcional de un porcentaje significativo de pacientes antes de que acabe la década.

P. ¿Cómo está contribuyendo Johnson & Johnson a cambiar lo que significa hoy recibir un diagnóstico de cáncer, tanto desde el punto de vista terapéutico como desde la visión más integral del paciente?

R. Johnson & Johnson parte de una convicción: la oncología actual se sostiene sobre los principios de la medicina de precisión, y el objetivo es contribuir a que cada avance llegue a quienes más lo necesitan, colaborando con la comunidad científica, los sanitarios, los responsables públicos y los pacientes.

El foco está en desarrollar soluciones dirigidas a perfiles moleculares específicos con la ambición de mejorar resultados clínicos y, por supuesto, la calidad de vida del paciente, con la meta de la curación funcional.

Este enfoque se apoya en el diagnóstico molecular, equipos multidisciplinares y en una atención humanizada y centrada en la situación clínica real, entendiendo que cada paciente es una historia única.

P. En un contexto de rápida evolución, ¿cuáles considera que son los principales retos para que la innovación en oncología llegue de forma equitativa a todos los pacientes?

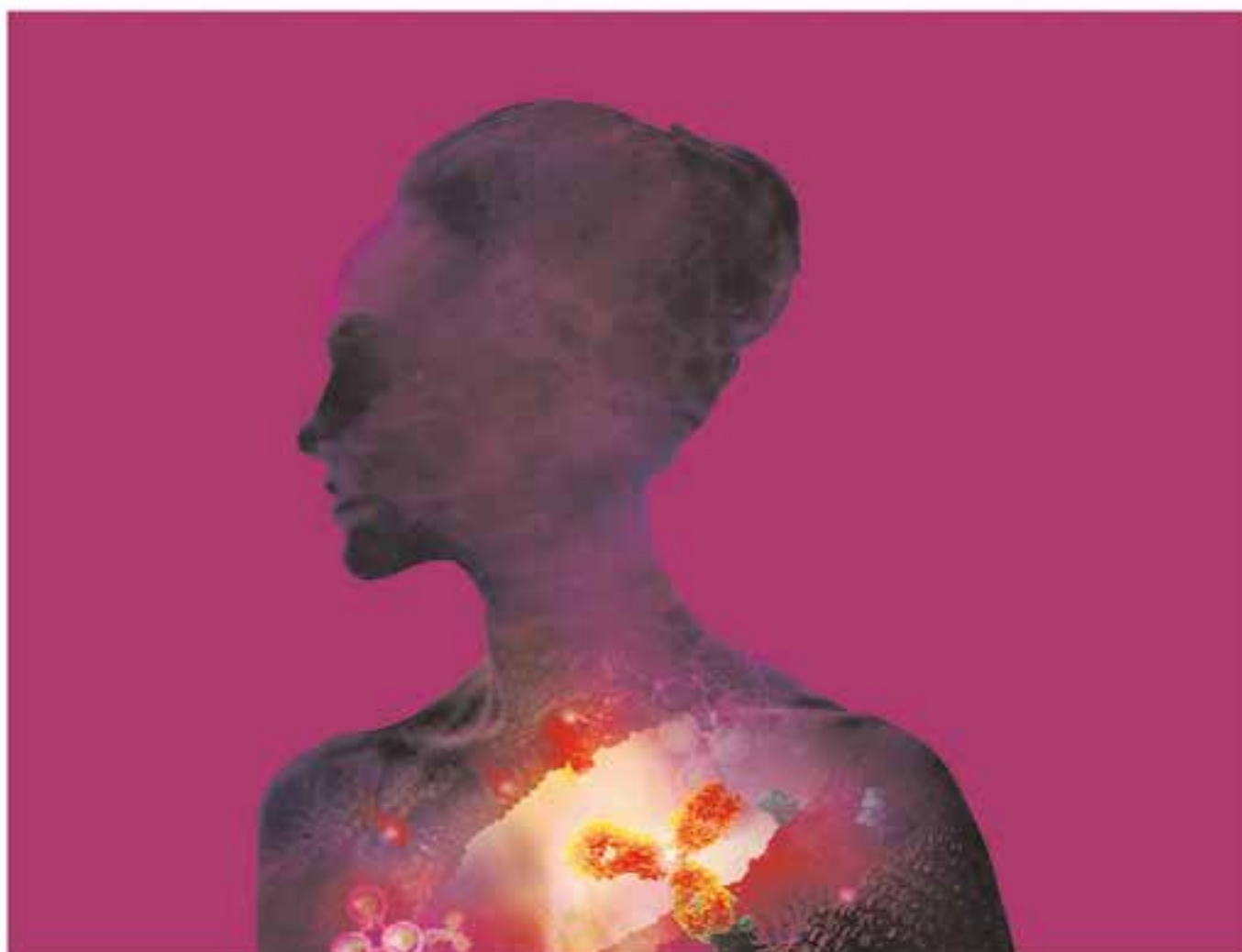
R. Uno de los retos más relevantes es el acceso homogéneo a las pruebas de biomarcadores. Aunque las guías clínicas las recomiendan y los expertos subrayan la importancia del diagnóstico molecular temprano, en España su disponibilidad es limitada. Es un desafío la estandarización del diagnóstico molecular en el momento adecuado, así como la organización asistencial para facilitar comités multidisciplinarios y circuitos claros.

La equidad requiere mirar la innovación desde la eficiencia y la sostenibilidad: la medicina de precisión no solo es mejor medicina, es mejor gestión sanitaria.



Nuestra ambición es transformar hoy **el mañana del paciente con cáncer.**

Desafiando los límites de la ciencia en Oncología
para redefinir lo que significa cáncer.



ES-34213-Enero de 2025

ENTREVISTA

“En oncología prostática, la IA permitirá integrar variables patológicas y moleculares”

MARIO DOMÍNGUEZ ESTEBAN, jefe de Sección de Uro-oncología del Hospital Marqués de Valdecilla

MARCOS YEBRA
Madrid

El cáncer de próstata (CP) es la segunda enfermedad maligna más frecuente en hombres y la quinta causa de muerte por cáncer en el mundo. En España, estas cifras se agravan, siendo el tumor más frecuente en hombres con una incidencia de 40.000 nuevos casos al año y 6.000 muertes anuales.

Según los últimos datos, 1 de cada 5 hombres padecerá CP en España. En este sentido la IA aparece como un aliado a tener en cuenta según quedó patente en el foro N3XT Evolution: Shaping the Future of Prostate Cancer in the New AI Era, organizado por Bayer, donde los especialistas debatieron sobre el papel que jugará en el futuro de la especialidad. Hemos hablado con Mario Domínguez Esteban, Jefe de Sección de Uro-oncología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, para conocer más acerca de su día a día con la inteligencia artificial como copiloto.

Pregunta. ¿Cómo facilita la IA su labor diaria en la consulta o en la investigación médica en cáncer de próstata?

Respuesta. La IA se ha convertido en mi copiloto de investigación indispensable, pero nunca sustituye el juicio clínico. Dado el volumen inmanejable de publicaciones científicas actuales, la utilizo como un filtro “inteligente” para mantenerme al día sin perder horas de sueño. Mi flujo de trabajo habitual implica el uso de agentes de IA para rastrear periódicamente repositorios globales (PubMed, Google Scholar, Scopus así como de diferentes trabajos presentados en los diferentes congresos de las sociedades urológicas) en busca de avances específicos, como los recientes datos sobre radioterapia adaptativa o nuevos radiofármacos.

Pero más allá de la búsqueda, he desarrollado un ecosistema de herramientas que denomino CRIS (Clinical Research Intelligence System), un sistema multiagente basado en inteligencia artificial que coordina cinco módulos especializados: un analista de datos clínicos (para análisis exploratorio, bioestadística avanzada y generación de datos



sintéticos), un revisor de literatura científica (conectado directamente a PubMed y bases de datos académicas, con capacidad de evaluación crítica estructurada según marcos CONSORT, STROBE o TRIPOD), un redactor científico, un módulo de control de calidad y auditoría, y un diseñador de protocolos con cálculo de tamaño muestral y análisis de potencia estadística.

Complementariamente, he creado herramientas clínicas y de gestión específicas, por ejemplo, una aplicación web para la planificación de guardias del servicio de urología. En docencia, la utilizo para generar material estructurado, casos clínicos simulados y contenido formativo para residentes y pacientes.

En la consulta, aunque la aplicación clínica directa aún está madurando, la utilizo indirectamente para estructurar evidencia compleja y preparar materiales que me ayuden a explicar mejor los tratamientos a mis pacientes.

P. Para profesionales sanitarios interesados, pero sin experiencia, ¿dónde recomendaría que empezaran a usar la IA?

R. Les diría que no intenten “herir el océano” construyendo sus propios modelos. Lo ideal es empezar por el ecosistema de herramientas verticales que ya existen con un beneficio inmediato y con un riesgo mínimo.

Para la búsqueda de evidencia, herramientas como Consensus, Elicit u OpenEvidence son el punto de entrada perfecto: permiten hacer

“La IA es un copiloto indispensable, pero nunca sustituye el juicio clínico”

preguntas médicas y recibir respuestas con referencias bibliográficas reales, evitando las “alucinaciones” de los chats genéricos. No es necesario saber programar: el valor inicial proviene de formular buenas preguntas clínicas (prompter).

La diferencia entre obtener una respuesta genérica y una verdaderamente útil reside en la capacidad del profesional para contextualizar su consulta —especificando guías de referencia, tipo de evidencia buscada, nivel de complejidad del paciente—, algo para lo que los médicos ya estamos entrenados.

Lo fundamental es entender dos cosas desde el principio: la IA es un copiloto, no un piloto automático, y hay que verificar siempre la información que produce.

P. ¿Cuál es el mayor “freno” actual en el uso de la IA? ¿Es la tecnología, la falta de datos o la resistencia al cambio en el sistema sanitario?

R. Es una combinación, pero si tuviera que elegir uno, diría que es la calidad y gobernanza de los datos, sumado a una necesaria cautela clínica. La tecnología ya es suficientemente potente; el problema es que avanza más rá-

pido que nuestra capacidad para implementarla de forma segura en los sistemas legacy de los hospitales.

En el plano regulatorio y legal, persiste una incertidumbre importante sobre responsabilidad clínica, protección de datos y requisitos de validación. En cuanto a la integración en sistemas sanitarios, la mayoría de las herramientas no están conectadas con la historia clínica electrónica, lo que limita enormemente su utilidad práctica. Y la calidad de los datos es un problema real: los modelos requieren datos bien estructurados y en formatos interoperables, algo que rara vez existe en la práctica asistencial. Existe también un freno cultural que se subestima: el miedo a la “caja negra”, y otro que se menciona poco: la brecha entre quienes desarrollan estas herramientas y quienes deben usarlas.

P. ¿Cómo va a evolucionar la IA en los próximos años en el ecosistema sanitario?

R. Vamos a pasar de la actual “IA generativa” —que crea texto o imágenes— a una “IA agéntica”. En el futuro cercano, no solo le pediremos a la IA que resuma un historial clínico, sino que actúe: que agende citas de seguimiento, pre-redacte informes quirúrgicos basados en lo que “vio” durante la cirugía robótica, o cruce datos genómicos con bases de datos farmacológicas para sugerir ensayos clínicos activos para un paciente específico.

La evolución será progresiva pero profunda, y la veo en tres oleadas. La primera, que ya estamos viviendo, integra la IA en tareas administrativas, documentación clínica y lo que denomino el “segundo cerebro” del clínico: herramientas de síntesis de evidencia, búsqueda inteligente de literatura y asistentes de redacción que amplifican la capacidad cognitiva del profesional sin sustituir su criterio.

La segunda oleada, a medio plazo, consolidará sistemas multimodales capaces de combinar historia clínica, analítica, genómica e imagen médica para ofrecer estratificaciones de riesgo más precisas y seguimiento personalizado.

En oncología prostática, esto permitirá superar clasificaciones

simplistas como “alto volumen” o “bajo volumen” e integrar variables moleculares y patológicas. En el quirófano, veremos una integración más profunda con la cirugía robótica, donde la IA proporcionará superposiciones de realidad aumentada en tiempo real para identificar márgenes quirúrgicos o estructuras nerviosas.

La tercera oleada implicará que la IA actúe como una capa transversal del sistema sanitario, optimizando flujos asistenciales, priorización de pacientes y planificación de recursos. No sustituirá al médico, pero transformará su rol hacia funciones más interpretativas, estratégicas y humanas.

P. En un futuro, ¿podrá la IA ayudar en la personalización del tratamiento para los pacientes?

R. Sin duda, es donde veo el mayor potencial en mi campo, la uro-oncología. El cáncer de próstata es una enfermedad muy heterogénea: pacientes con el mismo estadio pueden tener evoluciones radicalmente diferentes.

El futuro es la oncología de precisión real: algoritmos que analicen la genética del tumor, la imagen médica y el historial del paciente para predecir no solo qué tratamiento funcionará, sino cuál tendrá menos efectos secundarios para ese paciente.

P. ¿Cómo tendrá que adaptarse la legislación a toda esta evolución propiciada por la IA?

R. La AI Act de la Unión Europea ya clasifica a la IA médica como de “alto riesgo”, y eso es correcto. Sin embargo, el reto será encontrar el equilibrio para no frenar la innovación. Necesitamos marcos más específicos y proporcionados, y una regulación dinámica que permita validar algoritmos continuamente. Un modelo de IA que aprende hoy puede ser diferente mañana.

La legislación también deberá facilitar el acceso a datos anonimizados de calidad para investigación, porque sin datos robustos no hay IA fiable.

La clave será garantizar la seguridad del paciente y la privacidad de los datos sin convertir la validación en un proceso burocrático de diez años que deje la tecnología obsoleta antes de llegar al hospital.



“Mamá, mañana
te acompaño
a la oncóloga.”
Es prevención.¹

Combinar ciencia de vanguardia
con un enfoque preventivo para
cambiar el futuro del cáncer,

también lo es.

GSK

PREVENCIÓN PARA
UN FUTURO SALUDABLE.

*Percentajes ficticios, únicamente con fines ilustrativos. **Para más información, consulte con su médico.
1. Early Detection Saves Lives: The Essential Cancer Screenings You Can't Afford to Skip. Cancer Research Institute 2025. [Internet] (access June 2025).
Disponible en: <https://www.cancerresearch.org/blog/early-detection-saves-lives-the-essential-cancer-screenings-you-cant-afford-to-skip>

DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER

El Proyecto 'cAncer Zero' marca las claves para que el cáncer deje de ser una causa de muerte

Los expertos que componen esta iniciativa impulsada por AstraZeneca detallan cómo la prevención, el diagnóstico precoz, la patología computacional y el abordaje de casos complejos cambian el escenario

GACETA MÉDICA

Madrid

Avanzar hacia un futuro en el que el cáncer deje de ser causa de muerte es una ambición compartida por toda la comunidad científica y sanitaria. Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer, AstraZeneca refuerza este compromiso otro año más a través de la iniciativa 'Proyecto cAncer Zero', un espacio de reflexión y análisis que reúne a expertos en oncología, representantes de pacientes y sociedades científicas para evaluar a través de diferentes ensayos los progresos alcanzados contra esta enfermedad y los desafíos que aún persisten en España. Según los cálculos de REDECAN, reflejados en el informe Las cifras del cáncer en España de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el número de cánceres diagnosticados en el año 2026 será de unos 301.884 casos, y se estima que la incidencia en 2050 superará los 350.000 casos.

Herramientas fundamentales

"Eliminar el cáncer como causa de muerte es una aspiración compartida por pacientes, profesionales sanitarios, investigadores y sistemas de salud. El verdadero avance consiste en que cada vez más personas puedan curarse o convivir con el cáncer sin que sea la causa final de su fallecimiento", afirma Javier de Castro, presidente de la SEOM y uno de los colaboradores del proyecto en la edición de este año.

La evidencia científica demuestra que entre un 30% y un 50% de los casos de cáncer podrían prevenirse actuando sobre factores de riesgo modificables como el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad, el sedentarismo o determinadas exposiciones ambientales, entre otros.

Asimismo, detectar la enfermedad en fases iniciales marca una diferencia decisiva en el pronóstico y la supervivencia; se estima que la investigación junto con las estrategias de prevención y el screening evitaban 8 de cada 10 muertes por cáncer entre 1975 y 2020. Por ejemplo, los programas de cribado poblacio-



Laura Colón

Presidenta de AstraZeneca España

"A pesar de la gran esperanza que ofrece el futuro de la ciencia, en estos momentos hay personas que viven con cáncer y solo pueden ver su vida incrementada en apenas unos meses"



Javier de Castro

Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

"El verdadero avance es que más personas puedan curarse o convivir con el cáncer"

nal han demostrado su eficacia en tumores como el de mama, colorrectal y cérvix.

"El reto actual no es solo mantener esos programas, sino optimizarlos, ampliarlos cuando exista evidencia suficiente y garantizar un acceso equitativo en todo el territorio", añade el presidente de la SEOM.

Nuevas tecnologías diagnósticas

Asimismo, el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas, como por ejemplo la biopsia líquida, y nuevos biomarcadores han abierto la puerta a identificar el cáncer de forma cada vez más temprana.

Dolores Lozano, presidenta de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP), destaca que la especialidad está vivien-



Dolores Lozano

Presidenta de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP)

"La transición desde el portaobjetos a la imagen digital supone un cambio de paradigma"

do una profunda transformación gracias a la digitalización: "La anatomía patológica supone una pieza importante en el rompecabezas de diagnosticar el cáncer: sin un informe anatómico-patológico no hay clasificación tumoral ni estadificación confirmada. La transición desde el analógico cristal del portaobjetos al píxel de la imagen digital supone un cambio no solo tecnológico, sino de paradigma".

La conversión de las muestras en imágenes digitales y el desarrollo de la patología computacional permiten extraer información más detallada y objetiva, clave para la medicina de precisión. Diversos estudios han demostrado que puede reducir los tiempos diagnósticos, facilitar la segunda



Pilar Fdez. Pascual

Presidenta de la Alianza frente a la Metástasis: Innovación y Apoyo (ALMIA)

"Las personas con cáncer metastásico nos hemos sentido invisibles, tanto en el sistema sanitario como en la sociedad"

opinión experta y mejorar la reproducibilidad de los resultados, contribuyendo además a disminuir desigualdades en el acceso al diagnóstico especializado.

Además, la evidencia científica señala que los métodos de inteligencia artificial (IA) en histopatología digital pueden identificar características tumorales relevantes y biomarcadores que el ojo humano no percibe.

Mejoras en el acceso

Aunque los avances terapéuticos han mejorado la supervivencia en algunos tumores, las personas con cáncer metastásico siguen enfrentándose a importantes desigualdades. Así lo subraya Pilar Fernández Pascual, presidenta de la Alianza frente a la

Metástasis: Innovación y Apoyo (ALMIA), quien reclama un cambio de narrativa y una respuesta más ajustada a la complejidad de estos pacientes, pues "durante años, las personas con cáncer metastásico nos hemos sentido invisibles, tanto en el sistema sanitario como en la sociedad".

Por ejemplo, ALMIA reclama que los medicamentos oncológicos lleguen a los enfermos en el menor tiempo posible. Según el último informe EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey, los pacientes en España esperan una media de 613 días para acceder a medicamentos oncológicos innovadores tras su aprobación europea, frente a 110 días en Alemania.

Ambición y responsabilidad

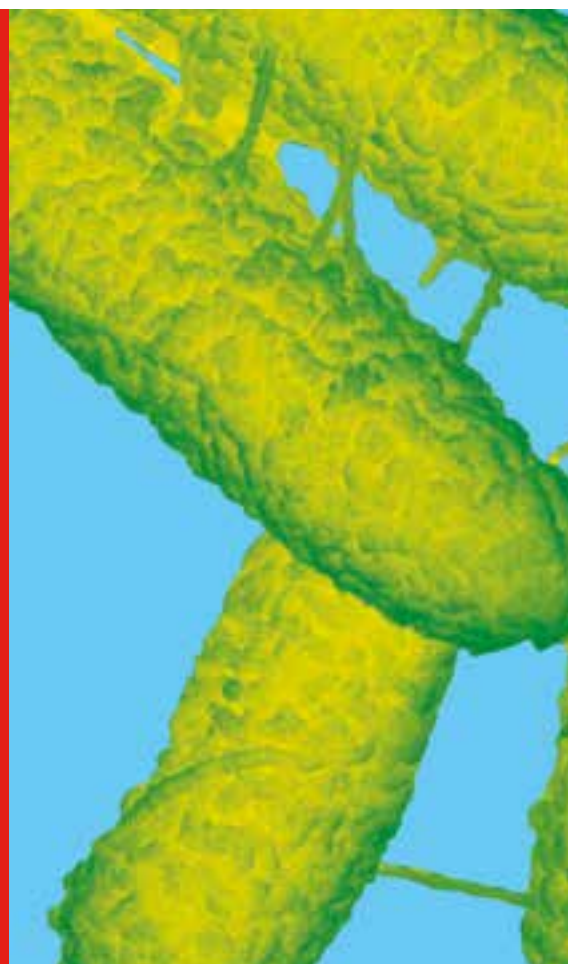
"A pesar de esta época dorada y de la gran esperanza que ofrece el futuro de la ciencia, en estos momentos hay personas que viven con cáncer y que sólo pueden ver su vida incrementada en apenas unos meses. Tenemos que garantizar que la innovación se integre en todas las fases", afirma Laura Colón, presidenta de AstraZeneca España.

"Las innovaciones y cambios que se han conseguido en los últimos años nos indican que hay motivos para el optimismo, pero también debemos asumir que tenemos retos clínicos, organizativos, legislativos y sociales por superar. Como no puede ser de otro modo, desde AstraZeneca tendemos la mano para colaborar con los pacientes y sus familias, los profesionales y la Administración hasta conseguirlo", destaca.

Con esta visión, AstraZeneca reafirma su compromiso con los pacientes oncológicos y con el conjunto del sistema sanitario, impulsando la investigación, la medicina de precisión y la colaboración entre todos los agentes implicados para transformar los avances científicos en beneficios reales.

Avanzar hacia un futuro en el que el cáncer deje de ser una causa de muerte requiere actuar hoy, con ambición, responsabilidad y una apuesta sostenida en el tiempo por la innovación, alineada con el objetivo 'cAncer Zero' de la compañía.

Liderando el rumbo de la medicina



EM-151498 · Marzo 2024 · Janssen-Cilag, S.A.

Johnson&Johnson

XI SIMPOSIO DE BIOPSIA LÍQUIDA

"Casi el 100% de los ensayos clínicos en oncología utilizan la biopsia líquida"

RAFAEL LÓPEZ, jefe de Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela

ANA SÁNCHEZ CAJA

Santiago de Compostela

El Simposio Biopsia Líquida alcanzó su XI edición en 2026, consolidado como uno de los principales foros nacionales e internacionales en este conjunto de técnicas que permite analizar el cáncer mediante el estudio de material tumoral presente en distintos fluidos corporales. Rafael López, coordinador científico del Simposio Biopsia Líquida, presidente de ASEICA, jefe de Servicio de Oncología Médica-ONCOMET del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidade de Santiago de Compostela (USC), atendió a Gaceta Médica para explicar la situación actual de estas técnicas y sus desafíos.

Pregunta. ¿Qué novedades se han producido respecto al pasado?

Respuesta. Hay novedades en el campo de la investigación y de la clínica. En clínica, se ha establecido la biopsia líquida, con una progresión hacia la primera línea del cáncer de mama metastásico. Está por empezar



en cáncer de vejiga, donde va a tener un impacto fuerte en los próximos años.

En investigación, se está aumentando la sensibilidad, una cuestión importante. Además de la genómica, se están incorporando otras ómicas, como la epigenética y la transcriptómica, así como métodos para estudiar el microambiente, ya que el cáncer es una relación entre el propio tumor y el huésped que es necesario estudiar para conocer todas las interacciones. Finalmente, la inteligencia artificial (IA) nos está invadiendo, afortunadamente, y se está incorporando no solo al análisis en sí, sino también a la interpretación de los resultados.

P. ¿En qué tipos de tumores está cambiando la biopsia líquida la práctica clínica de forma real?

R. En cáncer de pulmón y cáncer de colon avanzado. En el cáncer de mama, su incorporación se está produciendo actualmente, al igual que en tumores digestivos y de origen desconocido. También se utiliza en situaciones en las que han fallado las líneas terapéuticas habituales, con el objetivo de identificar alguna vía muy eficaz que se pueda utilizar.

P. Uno de los conceptos con protagonismo durante el simposio es la enfermedad mínima residual. ¿Por qué es tan importante detectarla?

R. En primer lugar, porque nos permite saber con certeza si hay tumor o no, que es la cuestión clave. Si no hay tumor, no se necesitan más tratamientos y el paciente tiene una alta probabilidad de curarse. En cambio, si hay tumor, es necesario aplicar tratamientos. A día de hoy, estamos en una situación de incertidumbre porque no tenemos forma de saber si hay o no tumor.

P. ¿Ha mejorado el acceso a las pruebas de biopsia líquida en Es-

paña en comparación con otros países europeos? ¿Cuáles son las principales desigualdades?

R. Sí, ha mejorado y espere-mos que lo haga aún más. En Galicia y Cataluña, por ejemplo. Para poder responder a las principales desigualdades existentes, habría que conocer la situación de cada comunidad autónoma. No sé en cuáles se puede realizar, pero lo ideal sería contar con programas nacionales, en coordinación con las autonomías, para ir introduciendo la biopsia líquida de forma paulatina y cada vez más eficaz. Por ejemplo, en enfermedad mínima residual en cáncer de colon sería muy útil.

P. ¿Qué importancia tiene contar con equipos multidisciplinares?

R. Es fundamental, pero actualmente constituye una de las principales carencias del sistema español. A nivel general, es necesaria la incorporación de más profesionales, como biólogos, ingenieros e informáticos, a las tareas clínicas.

P. ¿Cómo está revolucionando la IA el campo de la biopsia líquida?

R. Para los análisis de alta sensibilidad nos apoyamos en

la IA, en algoritmos para depurar toda la información. El siguiente paso sería utilizarla en la toma de decisiones, integrando toda la información disponible, ya que se amplía mucho el espectro de opciones o de alteraciones, y necesitamos ayuda.

P. ¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta esta técnica?

R. El primer desafío consiste en aumentar la sensibilidad y en buscar un sistema donde la calidad y el coste económico sea asumible por el sistema público. Otro reto es investigar más sobre la utilidad clínica de estas técnicas para poder cambiar la forma de trabajar en el futuro.

P. ¿Qué balance hace del XI simposio de Biopsia Líquida?

R. El balance es muy positivo. Arrancó como una iniciativa muy soñadora y novedosa desde todos los puntos de vista y se ha consolidado como una herramienta imprescindible y que está liderando la oncología de precisión. Un ejemplo de ello es que casi el 100% de los ensayos clínicos en oncología utilizan la biopsia líquida para ir ganando experiencia y adquiriendo más conocimiento.

La biopsia líquida amplía sus fronteras: del ADN al ARN y a la biología espacial

ANA SÁNCHEZ CAJA

Santiago de Compostela

Ignacio Cardona, de Diagnóstica Longwood (Madrid), puso de relieve la importancia de la biología espacial como enfoque esencial para entender la complejidad del microambiente tumoral (TME). Según Cardona, "este campo permite responder preguntas fundamentales sobre qué tipos de células están presentes en el tumor, dónde se localizan, cómo se organizan en vecindades celulares y qué relaciones funcionales establecen entre sí". Asimismo, explicó que "facilita el estudio de la infiltración de células inmunitarias, la interacción entre el tumor y el sistema inmunitario, y la identificación de subtipos celulares y sus funciones clave, con el obje-

tivo final de mejorar el diagnóstico y el diseño de terapias más eficaces".

La plataforma CosMx™ SMI fue uno de los ejes centrales de la presentación de Cardona. Este sistema permite el uso de paneles de gran tamaño, con más de 6.000 dianas y análisis de transcriptoma completo (WTX), y es compatible con múltiples tipos de muestra, incluidos tejidos FFPE, tejidos frescos congelados, microarrays de tejido y organoides.

Por su parte, Daniel Azuara, del Catalan Institute of Oncology del Hospital Universitari de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat), se centró en el papel de la detección ultrasensible de mutaciones en ADN tumoral circulante (ctDNA) para la optimización del tratamiento en pacientes con

cáncer de mama metastásico. La evidencia presentada por el experto refuerza la relevancia clínica de las mutaciones accionables y su impacto en la resistencia a la terapia endocrina, tanto primaria como adquirida.

"La resistencia intrínseca al tratamiento endocrino se ha relacionado con la presencia de mutaciones en los genes PI-K3CA y ERBB2, mientras que la resistencia adquirida se asocia principalmente con mutaciones en ESR1", sostuvo.

Por último, la ponencia de João Curado, de Flomics Biotech (Barcelona), abordó la importancia de aprovechar el ARN libre circulante (cfRNA) para monitorizar la dinámica del cáncer. En este sentido, mencionó que Flomics Biotech ha desarrollado una plataforma basada en



Daniel Azuara, durante su intervención en el simposio.

cfRNA con el objetivo de mejorar la detección, caracterización y seguimiento de la enfermedad oncológica. Curado expuso que su primer producto consiste "en una prueba diagnóstica de biopsia líquida orientada a la detección precoz de cinco tipos de cáncer, mientras que actualmente se exploran otras aplicaciones clínicas adicionales".

Acto seguido, reveló que la propuesta de Flomics parte de

una crítica a las biopsias líquidas basadas en ADN, resumida en la premisa de que "estas técnicas dependen de la muerte celular para generar señal biológica". Según expuso Curado, el ADN libre de células (cfDNA) es una señal tardía, ya que se libera principalmente durante procesos de apoptosis o necrosis. "Este hecho se asocia a una detección tardía de la enfermedad", determinó.

XI SIMPOSIO DE BIOPSIA LÍQUIDA

La biopsia líquida y el perfilado genómico integral aceleran la oncología de precisión

ANA SÁNCHEZ CAJA

Santiago de Compostela

El perfilado genómico integral (CGP, Comprehensive Genomic Profiling) se presenta actualmente como el enfoque más eficiente para abordar la complejidad biológica y clínica de la oncología de precisión. Así lo expuso Elena González Sánchez, de Roche Diagnostics España, en el XI Simposio Biopsia Líquida. Según la experta, "el CGP permite analizar de forma simultánea más de 300 genes, incluyendo distintos tipos de alteraciones genómicas y firmas moleculares. Biomarcadores como BRAF, ALK, EGFR o KRAS forman parte de este análisis, que puede aplicarse a múltiples tipos de tumores, como pulmón, colon o próstata, y facilita la transición desde guías clínicas generalistas hacia estrategias terapéuticas centradas en el paciente".

González Sánchez destacó que uno de los principales desafíos en oncología de precisión es el manejo de las muestras. "La calidad del material biológico condiciona directamente la fiabilidad de los resultados, y



Elena González Sánchez.

existen diferencias relevantes entre las biopsias sólidas y las biopsias líquidas, tanto desde el punto de vista técnico como logístico", indicó. A ello se suma la heterogeneidad tumoral, visible incluso dentro de una misma muestra de tejido, que complica el análisis genómico completo.

Por su parte, Cindy Lawley, de Olink Proteomics (San Francisco, EEUU), presentó una visión detallada del papel de la proteómica plasmática en la investigación biomédica y la medicina de precisión, destacando la "capacidad tecnológica de Olink para detectar proteínas incluso en concentraciones extremadamente bajas". Bajo el concepto de 'High-throughput

access to the low-abundant plasma proteome', Olink mostró cómo su plataforma permite analizar proteínas plasmáticas a lo largo de todo el espectro de abundancia: desde proteínas clásicas presentes en concentraciones de miligramos por mililitro, como LDL y HDL, hasta proteínas de señalización celular clave —como IL-6, IL-8, IFN γ o TNF α — detectables en rangos de nanogramos y picogramos por mililitro.

"Este acceso de alto rendimiento al proteoma de baja abundancia abre nuevas oportunidades para la identificación de biomarcadores clínicos y el estudio de procesos biológicos complejos", desarrolló.

Uno de los aspectos más destacados durante su presentación fue el Pharma Proteomics Project – Full Cohort Study, desarrollado en colaboración con el UK Biobank. Este proyecto se presenta como el estudio proteómico más amplio realizado hasta la fecha y tiene como objetivo generar una nueva comprensión de la medicina mediante el análisis sistemático del proteoma humano a escala poblacional.

"El ctDNA se puede detectar en la sangre hasta tres años antes del diagnóstico"

ANA SÁNCHEZ CAJA

Santiago de Compostela

Nick Papadopoulos, del Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center en Johns Hopkins Medicine (Baltimore, EEUU), presentó avances significativos en el campo de la detección temprana de cáncer mediante biopsia líquida. Su intervención, respaldada por estudios prospectivos y ensayos clínicos de gran escala, destacó el potencial de esta técnica para identificar tumores incluso años antes de que aparezcan los síntomas clínicos, revolucionando la forma en que se podría abordar la oncología preventiva.

El concepto central de la charla magistral de Papadopoulos se basó en la biopsia líquida, un método no invasivo que permite detectar fragmentos de ADN tumoral circulante (ctDNA) a partir de una simple extracción de sangre. Según los diagramas presentados por el experto, distintos tipos de tumores sólidos, incluyendo cáncer de mama, cáncer de páncreas y cáncer de colon,

liberan fragmentos de su material genético hacia el torrente sanguíneo.

Uno de los hallazgos clave presentados por el experto provino del estudio ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities), centrado en la detección temprana de cáncer mediante ctDNA en plasma. En este caso, este estudio destaca que los tumores podían detectarse al menos tres años antes del diagnóstico clínico convencional.

La Fase I del estudio analizó 26 casos que eventualmente desarrollaron cáncer y 26 controles emparejados que no lo hicieron. El ctDNA fue detectable hasta seis meses antes del diagnóstico convencional, mientras que los controles permanecieron libres de enfermedad durante casi dos décadas. La Fase II evaluó muestras históricas de plasma, mostrando que el ctDNA puede detectarse en la sangre entre 3,1 y 3,5 años antes del diagnóstico clínico mediante paneles personalizados de mutaciones específicas del tumor.

El cáncer progresa de manera sistémica y heterogénea, incluso antes de ser clínicamente detectable

ANA SÁNCHEZ CAJA

Santiago de Compostela

El cáncer debe entenderse como una enfermedad sistémica y heterogénea, en la que la diseminación celular puede producirse en fases muy tempranas del desarrollo tumoral. Esa fue la idea que articuló la intervención de Paloma Bragado, de la Universidad Complutense de Madrid. Que "el cáncer no empieza ni termina en el tumor primario" fue una de las ideas centrales de su intervención. Por ello, Bragado defendió que la progresión tumoral debe entenderse como un proceso sistémico, dinámico y profundamente heterogéneo, en el que la diseminación celular ocurre mucho antes de que la enfermedad sea clínicamente evidente.



Paloma Bragado, durante la presentación de su ponencia.

Durante su ponencia, la investigadora puso el foco en dos poblaciones celulares pequeñas, raras y difíciles de detectar, pero con un impacto decisivo en el pronóstico del paciente: las células tumorales circulantes (CTCs) y las células tumorales diseminadas (DTCs). Al comparar CTCs y DTCs, Bragado des-

taó que ambas comparten rasgos esenciales, como que son poblaciones celulares muy escasas, se asocian a un pronóstico desfavorable y muestran resistencia a los tratamientos antitumorales. Además, mencionó que solo una subpoblación dentro de ellas posee auténtica capacidad metastásica.

Sin embargo, explicó que existen diferencias clave. Uno de los mensajes más contundentes de su exposición fue que la diseminación tumoral es un evento temprano. "Más del 50% de los pacientes presentan enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico, lo que implica que el proceso metastásico puede iniciarse incluso antes de que el tumor primario sea clínicamente detectable", sostuvo.

Tras la presentación de Bragado, Andrea Sottoriva, del Human Technopole (Milán), abordó un panorama detallado sobre cómo los tumores cambian a lo largo del tiempo, ilustrando que "el cáncer cambia con el tiempo a través de un proceso evolutivo". Esta afirmación, respaldada por décadas de investigación, sitúa al cáncer en un marco de diná-

mica clonal comparable a los procesos que Charles Darwin describió para la evolución de las especies.

En el núcleo de esta visión evolutiva está la idea de la "célula fundadora única" (single founder cell), que puede ser una célula madre o progenitora. A partir de ella surgen subclones con mutaciones específicas, algunas de las cuales confieren ventajas selectivas —mutaciones conductoras o "drivers"— que impulsan la proliferación celular.

Por último, Sottoriva argumentó que estas poblaciones celulares se despliegan en diferentes fases, desde un carcinoma in situ (CIS) confinado hasta expansiones difusas en distintos ecosistemas tumorales, lo que puede derivar en recurrencias o metástasis.

ACCEDE A LA
COBERTURA
COMPLETA



ENTREVISTA

"Persisten inequidades en el acceso a las terapias oncológicas de última generación"

JESÚS GARCÍA-FONCILLAS, presidente de la Fundación ECO

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

En el complejo escenario de la oncología actual, España se enfrenta a un desafío dual: un incremento sostenido en la incidencia de tumores, impulsado en gran medida por el envejecimiento poblacional, y la necesidad urgente de democratizar el acceso a la innovación terapéutica. Para analizar este panorama, en Gaceta Médica conversamos con Jesús García-Foncillas, presidente de la Fundación ECO.

Pregunta. Las cifras de incidencia del cáncer en España siguen una tendencia ascendente. ¿Estamos diagnosticando más y mejor, o los factores de riesgo nos están ganando la partida?

Respuesta. El aumento sostenido de la incidencia de cáncer en España responde a una confluencia de factores demográficos, diagnósticos y ambientales cuya ponderación relativa resulta compleja pero esencial para orientar las políticas sanitarias.

El envejecimiento poblacional constituye indudablemente el principal determinante del incremento observado. La incidencia tumoral aumenta exponencialmente con la edad, reflejando la acumulación de mutaciones somáticas, el deterioro de los mecanismos de reparación del ADN y la senescencia del sistema inmunitario.

España presenta una de las estructuras demográficas más envejecidas de Europa, con una esperanza de vida que supera los 83 años, lo cual genera inexorablemente un incremento en la carga tumoral absoluta.

La mejora en las capacidades diagnósticas contribuye significativamente al aumento detectado. La implementación progresiva de programas de cribado poblacional en cáncer de mama, colon y cérvix, junto con la mayor sensibilidad de las técnicas de imagen generan un efecto de anticipación diagnóstica que incrementa las tasas de incidencia sin representar necesariamente un empeoramiento de la situación epidemiológica real.

P. Con el estreno del ECAC5, ¿hasta qué punto es crucial que se ponga el foco en factores am-

bientales y genéticos más allá del estilo de vida?

R. La quinta edición del Código Europeo contra el Cáncer requiere necesariamente una ampliación de su enfoque hacia los determinantes ambientales y genéticos de la enfermedad. Si bien las modificaciones del estilo de vida continúan siendo fundamentales y representan aproximadamente el 40-50% de la prevención tumoral, resulta imprescindible reconocer que la carcinogénesis es un proceso multifactorial.

Los factores ambientales son determinantes de riesgo significativos que operan independientemente de las decisiones individuales sobre estilo de vida.

P. El Código Europeo sostiene que casi el 50% de los tumores son evitables. ¿Cómo podemos trasladar estas recomendaciones a la realidad cotidiana?

R. La implementación efectiva requiere estrategias multinivel que aborden los determinantes sociales y estructurales de la salud: A nivel estructural, resulta imprescindible desarrollar políticas fiscales y regulatorias que faciliten las opciones saludables: impuestos sobre productos perjudiciales (tabaco, alcohol, alimentos ultraprocesados), restricciones publicitarias, creación de entornos urbanos que promuevan la actividad física mediante espacios verdes accesibles e infraestructuras para movilidad activa.

En el ámbito comunitario, se requieren programas de educación sanitaria contextualizados culturalmente, accesibles tanto en formato digital como presencial, con especial atención a poblaciones vulnerables donde convergen factores de riesgo.

P. Como presidente de la Fundación ECO, ¿considera que el acceso a la medicina de precisión y a los fármacos de última generación es hoy uniforme en todas las CCAA?

R. Lamentablemente, persisten inequidades significativas en el acceso a la medicina de precisión y las terapias oncológicas de última generación en el Sistema Nacional de Salud español, configurando lo que coloquialmente se denomina «lotería geográfica».

Las disparidades observadas responden a múltiples facto-



res: heterogeneidad en la dotación tecnológica de los centros hospitalarios, diferencias en los criterios de las comisiones autonómicas de evaluación farmacoterapéutica, variabilidad en los tiempos de tramitación administrativa para acceso a medicamentos de uso compasivo o extranjero, y desigual implementación de plataformas de diagnóstico molecular avanzado. Así, el acceso a paneles de secuenciación genómica amplia, por ejemplo, presenta variabilidad geográfica injustificada desde una perspectiva de equidad.

P. ¿En qué punto se encuentra España en la implementación de la biopsia líquida y el cribado genómico?

R. España se encuentra en una fase de transición, aunque este proceso presenta avances desiguales y limitaciones estructurales significativas.

La biopsia líquida ha alcanzado la implementación clínica consolidada en contextos específicos, particularmente en la determinación de mutaciones de EGFR en adenocarcinoma pulmonar para guiar decisiones terapéuticas y monitorizar resistencias adquiridas, así como en pacientes donde la obtención de tejido tumoral resulta técnicamente imposible o clínicamente desaconsejable.

Las aplicaciones emergentes incluyen la detección de enfermedad mínima residual tras cirugía con intención curativa, permitiendo identificar pacientes con alto riesgo de recidiva que podrían beneficiarse de tratamiento adyuvante intensificado, y la monitorización dinámica de respuesta terapéutica en tiempo real.

P. La IA ya no es futurismo. ¿Cómo está transformando el flujo de trabajo?

R. La inteligencia artificial está transformando sustancialmente el paradigma asistencial oncológico, transitando desde aplicaciones puntuales hacia su integración sistemática en el flujo de decisiones clínicas.

Las principales áreas de impacto incluyen: el análisis radiómico, mediante algoritmos de aprendizaje profundo, aplicaciones validadas incluyen la predicción de respuesta a inmunoterapia en melanoma y cáncer de pulmón mediante análisis computacional de tomografías, o la estimación de riesgo de recurrencia en cáncer de mama mediante características extraídas de resonancias magnéticas.

Esta capacidad de predicción pre-tratamiento permite estratificar pacientes hacia terapias con mayor probabilidad de beneficio, evitando exposición a toxicidades

innecesarias y optimizando la utilización de recursos sanitarios.

P. El cáncer se está convirtiendo, en muchos casos, en una enfermedad crónica. ¿Está el sistema sanitario español preparado para gestionar las necesidades de los "largos supervivientes"?

R. El SNS presenta deficiencias estructurales significativas en la atención a los cerca de dos millones de supervivientes de cáncer, y que continuarán creciendo.

Las principales carencias identificadas incluyen la ausencia de planes de seguimiento personalizados y estandarizados tras la finalización del tratamiento activo, la inexistencia de unidades especializadas de transición entre oncología y atención primaria, el abordaje insuficiente de secuelas tardías (cardiotoxicidad, neuropatía periférica, disfunción cognitiva, alteraciones endocrinas, infertilidad, segundas neoplasias), el soporte psico-oncológico limitado y no sistematizado, y la desatención de necesidades de reintegración laboral y social.

Los supervivientes de cáncer presentan necesidades asistenciales complejas incluyendo el manejo de efectos secundarios crónicos del tratamiento, la prevención y detección precoz de segundas neoplasias, el abordaje de secuelas psicológicas y el soporte en la readaptación a roles laborales, familiares y sociales.

P. Si analizamos la inversión en I+D+i en oncología, ¿qué reformas pediría para que los investigadores españoles no tengan que mirar al extranjero?

R. El ecosistema de investigación oncológica en España presenta capacidades científicas de excelencia contrastada internacionalmente, pero enfrenta limitaciones estructurales que comprometen su competitividad y generan fuga de talento hacia entornos más favorables. Como por ejemplo la financiación insuficiente, la falta de estabilidad en la carrera investigadora, el desarrollo de figuras contractuales híbridas o la infraestructura tecnológica.

ACCEDE A LA
ENTREVISTA
COMPLETA





"Queremos salvar vidas, pero sin perder la nuestra": las quejas de los médicos

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

El pasado 14 de febrero los médicos de toda España marcharon desde la Plaza de las Cortes hasta el Ministerio de Sanidad de Madrid con una consigna unánime: "Sin médicos no hay sanidad". Esta nueva protesta fue la antesala de las jornadas de huelga médica, que se desarrolló del 16 al 20 de febrero y que prevé paros hasta junio.

La manifestación, convocada por el Comité de Huelga, marcó un hito en el conflicto por la reforma del Estatuto Marco. Por primera vez, los principales sindicatos médicos del país —CESM, SMA, MC, Amyts, SME y O'MEGA— marcharon unidos y encabezando la protesta contra el nuevo Estatuto Marco del Ministerio de Sanidad.

Fue una de las movilizaciones más multitudinarias del último año de conflicto. Entre los carteles se leían mensajes que resumen el malestar: "Médicos maltratados, paciente abandonado", "Estatuto esclavista, que haga guardias la ministra", "Mamá bórrate de las guardias", "Queremos salvar vidas, sin perder la nuestra". También había cánticos dirigidos a la ministra: "Mónica y Padilla, la misma pesadilla", "Mónica nos vamos a Francia", "No es vocación es explotación", "¿Dónde está mi sueldo de ministra?"

Entre los asistentes a la manifestación estaba Pilar Ruiz, médica de Zaragoza, que explicó a Gaceta Médica que el detonante ha sido la sensación

de exclusión en la reforma normativa. "Estamos reivindicando varias cosas, pero sobre todo lo mal que está la situación de los médicos en España, que está generando que la gente se vaya a la sanidad privada o fuera de España a trabajar", afirmó. A su juicio, el nuevo Estatuto Marco "se ha negociado sin contar con nosotros".

Ruiz enumeró los puntos críticos: "Se siguen manteniendo las guardias de 24 horas, siempre con la coletilla de 'según necesidades del servicio'. Se mantiene una paga de guardias que está por debajo de la hora ordinaria. Se hacen un montón de horas extras semanales que no cuentan para la jubilación". Y aseguró: "Estamos reivindicando derechos de los médicos que repercuten en los derechos de los pacientes, porque si no hay médicos, ¿quién va a cuidar a los pacientes?"

Desde el Hospital Universitario de Burgos, Antonio coincidió en la falta de interlocución directa: "Estamos reivindicando que negocien con los médicos la nueva redacción del Estatuto Marco. Después de más de 20 años de modificaciones, deberían contar con nosotros, que somos uno de los principales componentes de la sanidad en este país".

Sobre la anunciada eliminación de las guardias de 24 horas, se mostraba escéptico: "Dicen que van a acabar con ellas, pero no han explicado cómo lo van a hacer ni cómo van a suplir la falta de médicos. Nunca garantizan que se vayan a librar las

guardias; siempre lo dejan a las necesidades del servicio". En su opinión, "lo que se tendrían que limitar son las horas extraordinarias, y lo que han hecho es cambiarles el nombre por horas complementarias; al final es un engaño".

Isabel Mirajes, también desde Burgos, pone el foco en la cotización y el descanso: "Seguimos haciendo guardias que no computan para la jubilación, no se garantiza nuestra libranza ni nuestro descanso y eso repercute en la seguridad del paciente. Los médicos están muy quemados y se están yendo. Hay listas de espera porque no hay médicos; las condiciones son nefastas. No se puede conciliar ni asegurar el descanso nocturno".

María Vázquez, médica en Madrid, ha acudido con sus hijos. "Durante las negociaciones han ignorado a los médicos. Estamos cansados de que consideren que por nuestra vocación vamos a seguir tragando esta situación. No nos gusta, pero ha llegado un punto en que la huelga es la única solución para que nos hagan caso".

En la misma línea, Diego Sánchez, del Hospital de La Paz, denunció incumplimientos: "La ministra dijo que iba a eliminar las guardias de 24 horas, pero con la frase 'según las necesidades del servicio' se va al traste. Quiero que el Ministerio cumplan sus promesas".

Saber más sobre responsabilidad civil

Cuando la complicación era un riesgo informado: desestimada la demanda por perforación gástrica en técnica POSE

El caso analiza una intervención de reducción gástrica endoscópica mediante técnica POSE, un procedimiento mínimamente invasivo: acceso por endoscopia y colocación de grapas e hilos para plegar el estómago, sin cortes ni cicatrices externas.

Tras la intervención se produjo una perforación gástrica, que motivó el traslado urgente y una cirugía abierta posterior. Como secuela de la complicación, el paciente refirió una cicatriz abdominal, elemento que se convirtió en uno de los ejes del conflicto.

La parte demandante articuló la demanda como incumplimiento contractual y responsabilidad civil. En concreto, sostuvo que la intervención se había contratado bajo tres condiciones: que operara un profesional concreto, que no quedarán cicatrices y que se lograra la reducción de estómago.

En consecuencia, reclamó 10.450 € por el coste del tratamiento y 30.000 € por daños y perjuicios, además de intereses y costas.

La clave del procedimiento

El caso se resolvió sobre dos ejes muy reconocibles en litigios sanitarios:

1. La dimensión contractual: si realmente se había prometido y podía probarse un resultado o unas condiciones cerradas.
2. La dimensión médico-legal: si la perforación obedecía a una actuación negligente (infracción de la lex artis) o era una complicación posible dentro de un riesgo típico del procedimiento.

La valoración del tribunal

1) *Obligación de medios vs. resultados*
La sentencia recuerda que la asistencia sanitaria se configura, con carácter general, como obligación de medios, no de resultado. Es decir: el profesional debe actuar con diligencia y conforme a la práctica clínica aceptada, pero no garantiza un resultado final por el mero hecho de que el paciente lo espere.

Esto es especialmente relevante cuando se alegan compromisos tipo "sin cicatrices" o "resultado asegurado": si se sostiene que hubo un compromiso de resultado, corresponde a quien lo afirma acreditarlo de forma clara.

2) La prueba de la negligencia

El juzgado concluye que la parte demandante no acreditó negli-

gencia ni infracción de la lex artis, ni una falta de diligencia o previsión que suponga incumplimiento de deberes médicos.

En otras palabras: el evento adverso (la perforación y la necesidad de cirugía abierta) no se traduce automáticamente en responsabilidad si no se demuestra que la actuación se apartó del estándar exigible.

3) El papel del consentimiento informado

Uno de los elementos determinantes es el consentimiento informado. La resolución considera acreditado que recogía riesgos concretos, entre ellos perforación gástrica y cicatriz derivada de una eventual cirugía de urgencia si se producía una complicación.

Además, se recoge que la perforación se presentaba como un riesgo típico informado con una incidencia aproximada del 1,7%-2,84% en este tipo de intervenciones.

4) Lo "contractual" explicado en claro

El tribunal no niega que exista un contrato con la clínica (de hecho, afirma que sí). Lo que concluye es que no se prueba que ese contrato incluyera una garantía cerrada de que operara un profesional concreto, que no hubiera cicatriz o que el resultado fuera obligatoriamente el pretendido.

Y sobre la intervención por un médico distinto al "esperado", se valora que la cirugía fue realizada por otra doctora del equipo, extremo que, por sí solo, no convierte el resultado en incumplimiento si no existía un pacto claro y demostrable en ese sentido.

5) Resultado clínico y contexto del caso

Respecto a la reducción de estómago, la sentencia señala que tampoco se acredita que se garantizara un resultado concreto en términos absolutos y recoge que el paciente llegó a perder hasta 27 kg, dato que se toma en consideración dentro del análisis global.

El fallo de tribunal

La sentencia desestima íntegramente la demanda, absuelve a la clínica demandada y condena a la parte actora al pago de las costas.

Esta resolución refuerza un criterio práctico: la responsabilidad sanitaria no se decide por la satisfacción final del paciente, sino por la prueba de una actuación contraria a la lex artis y por la calidad del proceso informativo cuando el riesgo era conocido y estaba advertido. En procedimientos con expectativas elevadas, documentar bien la información y el alcance real del acto médico es tan clínico como preventivo.

ACCEDER A
LA NOTICIA
COMPLETA



DS legalgroup

"Es hora de atender nuestras demandas históricas": A1 y prescripción enfermera

El CGE hace balance en GM de las reuniones mantenidas con los grupos parlamentarios en los últimos meses

CLAUDIA VAQUERO REINA

Madrid

"La enfermería arrastra una serie de problemas y demandas históricas que necesitan ser abordadas ahora", aseguró a Gaceta Médica Raquel Rodríguez Llanos, vicepresidenta primera del Consejo General Enfermería (CGE). La organización ha reforzado en los últimos meses su estrategia institucional en el ámbito político, manteniendo reuniones con PSOE, Partido Popular (PP), Sumar y Esquerra Republicana de Catalunya (ERC) para retransmitir sus principales reivindicaciones de la profesión enfermera.

Rodríguez Llanos hizo un balance muy positivo de esta ronda de contactos políticos, que responde, según explicó, a una necesidad histórica de la organización. "Desde el CGE siempre hemos entendido que era necesario acercarnos a todos los grupos políticos, porque son quienes cambian las leyes y las estructuras. Todos los cambios estructurales importantes de nuestra profesión tienen que pasar por la vida política, y eso lo hacen los grupos políticos, gobiernen o estén en la oposición", señaló.

Por su parte, el presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, aseguró que "estamos teniendo reuniones muy constructivas y productivas y estamos percibiendo la complicidad de todos los grupos parlamentarios". Asimismo, consideró que hay una "clara voluntad de escuchar las demandas de la profesión, predisposición a atender las reclamaciones de las enfermeras, ver cuáles son nuestras problemáticas y poder trabajar conjuntamente para solucionarlas".

La vicepresidenta primera del CGE aseguró que en todas las reuniones mantenidas con los grupos parlamentarios ha predominado un talante de "entendimiento y aceptación, con voluntad de comprender nuestra situación y de estar de acuerdo con lo que planteábamos". Según destacó, los partidos políticos no han considerado ninguna de las reivindicaciones fuera de lugar y han mostrado su sintonía con la línea de trabajo del Consejo General de Enfermería.

Rodríguez Llanos subrayó que el objetivo de estos encuentros ha sido trasladar de primera mano las necesidades reales de



El Consejo General de Enfermería reunido con el Grupo Parlamentario Socialista.

la profesión enfermera y reforzar una visión común y transversal, al margen de las ideologías. "Entendemos que hay diferentes sensibilidades políticas y diferentes formas de ver el mundo, pero nuestra profesión es única y universal. La visión sobre la enfermería tiene que ser única, y la única que puede ofrecerla somos las propias enfermeras, a través de su representación legal y jurídica, que es el CGE", afirmó.

Pérez Raya coincidió con la vicepresidenta primera: "Nos encontramos con diferentes ideologías, pero debemos tener todos una misma sintonía en cuanto a los problemas de la profesión porque son únicos y universales". Además, el presidente explicó que consideran "imprescindible" que les escuchen todos los grupos políticos para que "entre todos podamos reivindicar juntos estos cambios legislativos por el bien de los pacientes y de la sociedad".

En este sentido, la vicepresidenta explicó que el CGE decidió iniciar este acercamiento en un momento especialmente relevante, marcado por reivindicaciones enquistadas desde hace años: "Hemos solicitamos reuniones con las portavocías de Sanidad de todos los grupos con representación parlamentaria, aunque estamos abiertas a cualquier grupo político que quiera escucharnos y conocer nuestra profesión".

Hasta el momento, el CGE ha mantenido reuniones con cuatro partidos políticos, mientras que otros encuentros permanecen pendientes en función de las agendas políticas: "No descartamos que haya más entrevistas, ya que creemos que es impor-

tante que nos escuchen todos los partidos políticos".

Según Rodríguez Llanos, el hilo conductor de estas reuniones ha sido la importancia de la enfermería para la sociedad y la centralidad de los cuidados. "Les trasladamos que los cuidados son imprescindibles desde que nacemos hasta que morimos. Siempre decimos que se puede vivir sin curación, pero no sin cuidados. Y en el contexto actual, los cuidados son absolutamente necesarios", explicó la vicepresidenta primera. En este punto, remarcó que la enfermería no solo impacta en el ámbito sanitario, sino también en el social, la formación, la docencia, la investigación y la gestión: "Las enfermeras están ahí, sosteniendo todo este sistema".

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

A partir de esta base, el CGE planteó a los grupos políticos las principales reivindicaciones de la profesión. Entre los asuntos abordados figura de manera destacada la prescripción enfermera, cuestión que se trata dentro de la futura Ley del Medicamento y Productos Sanitarios. Rodríguez Llanos aclaró que el planteamiento del CGE es muy concreto y siempre ligado a las competencias profesionales: "Las enfermeras deben poder prescribir aquellos medicamentos y productos sanitarios que estén dentro de su competencia profesional. No queremos prescribir nada que no sea nuestro ni que no corresponda a nuestra profesión".

En este sentido, recordó que la ley actual sí reconoce la capacidad prescriptora de otros profesionales con el mismo nivel académico, como podólogos o

dentistas, pero no menciona a las enfermeras. "Con que la ley diga que pueden prescribir podólogos, fisioterapeutas y enfermeras y enfermeros, ya nos sitúa al mismo nivel formativo y académico que el resto de profesiones", señaló. Para el CGE, este reconocimiento abriría un camino estructural que permitiría a las enfermeras ejercer su labor con plena seguridad jurídica y de acuerdo con su formación de grado, especialización, máster y doctorado.

La respuesta de los grupos políticos a esta reivindicación fue, según la vicepresidenta, unánime. "Todos entienden que la enfermería es una profesión de grado, con especialidades y con el máximo nivel académico, y que debe tener todas las garantías para ejercer sus competencias sin impedimentos en su práctica diaria, tanto en el ámbito público como en el privado", afirmó.

RECLASIFICACIÓN

Otro de los ejes centrales de las reuniones con los partidos políticos fue la modificación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el reconocimiento del grupo A1 para la enfermería. Rodríguez Llanos explicó que, a igual nivel académico y formativo, debe existir el mismo nivel profesional, retributivo y de acceso a puestos de gestión: "No reivindicamos solo una cuestión económica, sino un reconocimiento social e institucional. El no estar en el A1 impide acceder a puestos que otras profesiones con la misma formación sí pueden ocupar".

El nuevo Estatuto Marco y la carrera profesional también estuvo sobre la mesa. La vicepresidenta recordó que las en-

fermeras cuentan con todos los niveles académicos universitarios y que esa progresión debe reflejarse en el ámbito laboral. "El A1 no es subir un escalón, es estar donde nos corresponde, con acceso a investigación, desarrollo profesional y reconocimiento pleno", insistió.

ESPECIALIDADES EN LA ENFERMERÍA

Las especialidades de enfermería han sido otro de los temas clave. Aunque las especialidades están creadas, salvo la médico-quirúrgica, el problema radica en su aplicación práctica. "Las competencias están transferidas a las CCAA y muchas enfermeras especialistas no tienen una categoría profesional que les permita trabajar en su especialidad", explicó. Como consecuencia, profesionales con especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria, por ejemplo, acaban trabajando en unidades hospitalarias que no se corresponden con su formación.

Respecto a la especialidad médico-quirúrgica, paralizada desde hace casi dos décadas, Rodríguez Llanos reconoció su complejidad. "El desarrollo es muy difícil porque el ámbito es amplísimo y el conocimiento ha cambiado muchísimo. Por eso apostamos por los diplomas de acreditación", señaló. En este marco, el CGE también abordó la posible especialización en urgencias y cuidados críticos, así como otros diplomas de acreditación en áreas como diabetes. "Es una salida muy ventajosa para la profesión y muy garantista para el sistema sanitario", defiende.

Rodríguez Llanos destacó la apertura de un canal de comunicación estable con los grupos políticos: "No queremos que esto se quede en una reunión puntual. La profesión no se para y la política tampoco". Además, la vicepresidenta primera del CGE considera que este diálogo continuo es muy positivo.

Todas las reuniones incluyeron la entrega de un dossier con las líneas estratégicas del CGE: "El talante ha sido muy positivo, cercano y empático en todos los grupos con los que nos hemos reunido. Nos han escuchado y atendido, y eso ya es muy importante. Desde el Consejo General de Enfermería estamos satisfechos".

“La misión de Uniteco es proteger al médico, esa es nuestra vocación”

Enrique Gallego, asesor personal especializado de Uniteco, subraya en las Jornadas PostMIR la importancia de contar con cobertura sólida y defensa jurídica frente al aumento de reclamaciones

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

Uniteco, correduría de seguros especializada en el ámbito sanitario, participó en las Jornadas PostMIR de CTO, celebradas los días 13 y 14 de febrero en el Estadio Riyadh Air Metropolitano de Madrid. El encuentro reunió a médicos residentes y futuros especialistas en un momento decisivo de su trayectoria profesional, y sirvió como espacio de orientación sobre protección, responsabilidad profesional y planificación aseguradora en los primeros años de trabajo.

En ese contexto, Enrique Gallego, asesor personal especializado de Uniteco, explicó a 'Gaceta Médica' que la entidad es la correduría oficial del Colegio de Médicos de Madrid y también del Colegio de Médicos de Valencia, y que su razón de ser ha sido siempre la misma: “Nuestra misión es proteger al médico, esa es nuestra vocación de servicio”.

Una filosofía que, según explicó Gallego, se remonta al origen de la compañía. “La póliza de responsabilidad civil se diseñó pensando en protegerse a uno mismo; si te cubres de la mejor forma posible, así es como mejor puedes proteger al colectivo”, señaló el experto, subrayando que este enfoque sigue marcando la actuación de la empresa.

Durante las Jornadas PostMIR, Uniteco aprovechó para presentarse ante los nuevos especialistas y explicarles tanto el papel que desempeñarán en la sociedad como los riesgos inherentes a la práctica clínica. “Muchos llegan prácticamente sin ser conscientes de los riesgos que asumen. Y no olvidemos que desde el primer día tienen vidas en sus manos”, apuntó Gallego, añadiendo que esta formación preventiva no solo protege al médico, sino también mejora la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario.

De hecho, relató que es habitual que, tras el primer año —en el que Uniteco ofrece la póliza de responsabilidad civil de forma gratuita—, muchos residentes regresen para ampliarla. “Vienen preocupados, a veces asustados, después de una



Enrique Gallego, asesor personal especializado de Uniteco, durante las Jornadas PostMIR de CTO.

"Muchos residentes llegan a la profesión sin ser conscientes de los riesgos que asumen"

"Nuestra función es acompañarles en la gestión de su protección y asesorarles jurídicamente"

guardia en la que han atendido a más de 60 pacientes y han visto de cerca cómo puede ocurrir un error con facilidad", explicó, destacando que este acompañamiento temprano permite al profesional consolidar hábitos de seguridad y confianza en su ejercicio diario.

CONFLICTO DE INTERESES

Aunque el profesional que trabaja en la sanidad pública cuenta con cobertura básica, Gallego advirtió que puede exis-

tir conflicto de intereses, ya que la misma póliza protege tanto al médico como al hospital. “El problema de un residente puede surgir con un paciente, pero también con un compañero o con un adjunto. No siempre es evidente dónde termina la responsabilidad individual y comienza la institucional”, explicó. Por eso, subrayó, la labor de Uniteco no se limita a la contratación de un seguro: “Nuestra función es informarles de los riesgos que corren, acompañarles en la gestión de su protección y asesorarles jurídicamente para que sepan que no están solos en caso de reclamación”.

MALA PRAXIS

En relación con las reclamaciones por mala praxis, Gallego fue claro: “Por supuesto que un médico puede enfrentarse a una reclamación”. Según trasladó, el número de demandas crece cada año y las cuantías pueden ser muy elevadas, en función del daño y de la estrategia de la parte demandante. “Estamos hablando de uno, dos o incluso tres millones de euros. Cuanto más asegurado estés, más tranquilo trabajas”, afirmó. Y no se trata solo de un número, sino

de la tranquilidad profesional que ofrece”.

Asimismo, recordó que el coste de una póliza de responsabilidad civil no suele ser elevado y que, en términos medios, puede compararse al de un seguro de automóvil, aunque varía según la especialidad y la actividad clínica. “No es lo mismo ejercer en cirugía que en atención primaria, pero la inversión es mínima si se compara con el riesgo que asumimos”, añadió.

COORDINAR LA DEFENSA JURÍDICA

Uniteco cuenta, además, con un despacho de abogados colaborador, DS LEGAL. “Nuestros abogados defienden al médico”, subrayó, destacando que esta integración permite coordinar la defensa jurídica con la compañía aseguradora sin perder de vista el interés prioritario del profesional. En este contexto, advirtió de que “cada año va creciendo el número de reclamaciones que están habiendo frente a los médicos”, una tendencia que obliga —a su juicio— a reforzar la protección jurídica del colectivo.

Asimismo, insistió en que “no se trata de una defensa arbitraria, sino objetiva y especializada”

Gallego defendió también el valor diferencial de la correduría frente a la contratación directa con una aseguradora. Uniteco trabaja con varias compañías de máximo prestigio —“no con entidades de bajo coste”, matizó—, lo que le permite ofrecer alternativas en función del perfil y la especialidad del médico, tanto en su ámbito profesional como en su vida personal. “Podemos elegir la mejor cobertura posible y acompañar al médico en la gestión del siniestro”, explicó.

Todo ello cobra especial significado en un año en el que Uniteco celebra 50 años como correduría médica. Medio siglo de trayectoria que, en palabras de Gallego, confirma una identidad clara: “Somos una correduría que nació con vocación de servicio al médico y trabajamos exclusivamente por y para el médico”.

Una declaración que, en el marco de las Jornadas PostMIR, buscó conectar con una nueva generación de especialistas que empieza a asumir responsabilidades clínicas y, con ellas, se enfrenta a situaciones complejas y a la gestión de riesgos inherentes a la práctica médica.

Investigación

Vacunar antes, durante y después: la base para proteger a los inmunodeprimidos

María Fernández Prada (AEV) subraya la importancia de anticiparse al riesgo infeccioso en estos pacientes

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

El avance de la medicina ha permitido mejorar de forma notable el pronóstico y la calidad de vida de las personas con enfermedades autoinmunes, oncológicas o sometidas a trasplantes. Sin embargo, este progreso ha traído consigo un nuevo reto: el aumento del número de pacientes inmunocomprometidos y, con ello, una mayor vulnerabilidad frente a las infecciones. En este contexto, la vacunación se ha convertido en una herramienta clave de prevención, no solo para evitar enfermedades infecciosas potencialmente graves, sino también para preservar la estabilidad clínica y la calidad de vida de estos pacientes.

Así lo subraya María Fernández Prada, secretaria de la Asociación Española de Vacunología (AEV) y miembro del Comité Asesor de Vacunas del Principado de Asturias, en una entrevista con Gaceta Médica, quien destaca que "en los últimos años estamos viendo un aumento, por un lado, de las enfermedades autoinmunes, y por otro, del uso de terapias biológicas, en parte porque tenemos una mayor esperanza de vida y mejores herramientas diagnósticas".

MÁS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS

El conocimiento cada vez más profundo de los mecanismos que originan las enfermedades autoinmunes ha permitido desarrollar tratamientos más dirigidos y eficaces. Muchas de estas terapias actúan sobre vías inflamatorias muy concretas, lo que ha supuesto un gran avance terapéutico. No obstante, tal y como explica Fernández, este progreso tiene un impacto directo sobre el sistema inmunitario.

"Conocemos mejor las dianas sobre las que podemos actuar y podemos desarrollar moléculas mucho más específicas, pero la 'Guía de vacunación en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales y otras terapias dirigidas inmunosupresoras'



también destaca que algo más de la mitad de los anticuerpos nuevos tienen efecto inmunosupresor", señala. Esta inmunosupresión, variable según el fármaco, la dosis o la duración del tratamiento, incrementa el riesgo de infecciones y condiciona la respuesta a las vacunas.

Por ello, la experta insiste en que la planificación vacunal debe formar parte de la valoración global del paciente desde el inicio. "Siempre que tenemos un paciente con una enfermedad autoinmune que es candidato a recibir una terapia biológica, es muy importante revisar el calendario de vacunación", afirma.

PREPARAR AL PACIENTE

Uno de los mensajes clave es que la vacunación en estos pacientes no debe pensarse solo en función del tratamiento actual, sino también de los posibles cambios terapéuticos a lo largo de la evolución de la enfermedad. "Aunque el fármaco que está recibiendo en ese momento no tenga un efecto inmunosupresor importante, estos pacientes a menudo necesitan diferentes fármacos, y van cambiando", explica Fernández.

En este sentido, el objetivo es anticiparse: "En el momento en

que un paciente entra en el circuito de las terapias biológicas, lo preparamos desde el punto de vista vacunal para reducir el mayor número de riesgos infecciosos posibles, tanto con el tratamiento actual como con otro que pueda necesitar en el futuro".

Brotos de la enfermedad, cambios de medicación, altas dosis de corticoides o la necesidad de realizar un "switch" terapéutico son situaciones frecuentes que pueden aumentar la inmunosupresión. "Hacemos una valoración muy global del paciente para que pueda recibir cualquier tipo de fármaco en cualquier momento", resume la experta.

VACUNAS DISEÑADAS PARA PACIENTES DE RIESGO

Tradicionalmente, la evidencia científica sobre vacunación en personas inmunodeprimidas ha sido limitada, en parte porque estos pacientes suelen quedar excluidos de los ensayos clínicos. Sin embargo, esta situación está cambiando. "Cada vez hay más vacunas que están ensayadas y pensadas para pacientes en situaciones especiales", destaca la secretaria de la AEV.

Un ejemplo paradigmático es la vacuna frente al herpes zóster

de subunidades, actualmente disponible en España. "Está indicada en personas de 18 años en adelante con mayor riesgo de herpes zóster, incluyendo personas con determinados tratamientos", explica Fernández. Esta vacuna ha sido ensayada en trasplantados de médula ósea, trasplantados de órgano sólido y pacientes en tratamiento con fármacos dirigidos a dianas específicas, como los inhibidores de JAK.

Aunque aún se utilizan vacunas con una larga trayectoria histórica, como las del neumococo, la experta recuerda que "no hay ningún problema desde el punto de vista de seguridad, porque las vacunas son seguras". Las dudas actuales se centran más en la eficacia en determinados contextos, un aspecto que se va resolviendo progresivamente con nuevos estudios.

EL RIESGO DEL HERPES ZÓSTER

Entre las infecciones prevenibles, el herpes zóster ocupa un lugar destacado por su elevada incidencia y gravedad en personas inmunocomprometidas. Fernández aporta datos muy ilustrativos: "La incidencia en la población general mayor de

50 años es de entre tres y cinco casos por cada 1.000 personas-año; en mayores de 65 asciende a siete, pero en pacientes con trasplante de médula puede llegar a 160 casos por cada 1.000 trasplantados al año".

En personas con VIH, la incidencia ronda los 30 casos por cada 1.000 personas-año, cifras muy superiores a las de la población general. "El efecto de la enfermedad o de los fármacos baja el umbral de protección y aumenta el riesgo de reactivación del virus", explica.

Además, el herpes zóster no solo es más frecuente, sino también más grave. "Tienen mayor riesgo de neuralgia postherpética, de herpes zóster oftálmico —que incluso puede causar ceguera— o de meningoencefalitis herpética", advierte. Todo ello refuerza la necesidad de una estrategia preventiva activa en estos grupos.

INFECCIONES RESPIRATORIAS

Junto al herpes zóster, otras vacunas como las de la gripe, VRS o la COVID-19 son "muy prioritarias" en personas inmunodeprimidas. Fernández recuerda que la gripe, por ejemplo, no solo provoca infecciones respiratorias: "Puede desencadenar neumonías secundarias, infartos agudos de miocardio, descompensaciones de la glucemia o de la enfermedad de base".

La vacunación, por tanto, protege frente a complicaciones graves y eventos cardiovasculares, pero también frente a un problema menos visible: la desestabilización de la enfermedad subyacente. "Cualquier infección natural puede encadenar un brote", señala. En patologías como la esclerosis múltiple, una simple infección urinaria o una gastroenteritis puede aumentar la actividad de la enfermedad.

"Lo que pretendemos con las vacunas es evitar infecciones que pueden ser graves, pero también que el paciente no se desestabilice y que mantenga su calidad de vida", concluye.

PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

claVHes destaca la necesidad de opciones terapéuticas más seguras en vejiga hiperactiva

Hasta el 85% de los pacientes deja el tratamiento en el primer año por falta de eficacia y efectos secundarios

GACETA MÉDICA
Madrid

Hasta el 85% de los pacientes con vejiga hiperactiva (VH) abandona el tratamiento durante el primer año, lo que convierte la falta de adherencia en uno de los principales retos en el abordaje de esta patología. Entre los factores que explican este abandono se encuentran los efectos adversos de algunas alternativas terapéuticas, las interacciones con otros medicamentos y la presencia de contraindicaciones, especialmente en pacientes con comorbilidades.

Ante esta realidad, por primera vez en España se ha elaborado un consenso nacional orientado a mejorar la adherencia terapéutica en la VH. claVHes (Consenso sobre la Mejora del Proceso Asistencial en la Vejiga Hiperactiva desde la Adherencia) es una iniciativa de los laboratorios Pierre Fabre, en colaboración con el Grupo OAT y la Asociación Española de Urología (AEU), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Associació per a la Incontinència (ASIA), la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Su objetivo es optimizar el proceso asistencial y reducir la tasa de abandono terapéutico de una patología que afecta a cerca de cinco millones de personas en España.

"El consenso parte de un enfoque claramente multidisciplinar, reconociendo que la vejiga hiperactiva es una patología crónica que con frecuencia convive con otras enfermedades y requiere la participación coordinada de Atención Primaria, Urología, Ginecología, Geriátrica, Rehabilitación y Enfermería, entre otros profesionales", ha destacado José Luis Álvarez-Ossorio, expresidente de la Asociación Española de Urología (AEU). En este sentido, claVHes propone un modelo asistencial estruc-



De pie: Roca, Trillo, Quevedo, Casteig, Llebería, Valdés y Guiu. Sentados: Capilla, Mesa, Guzmán, Flores, Roca, Ramírez y Azcutia.

turado y bien coordinado en el que Atención Primaria y Urología asuman roles complementarios y definidos.

Así, Atención Primaria, como puerta de entrada natural al proceso, se encarga de identificar precozmente los síntomas, realizar una anamnesis dirigida, descartar causas orgánicas evidentes, iniciar medidas higiénico-dietéticas y de modificación de conducta, y de valorar el impacto real de la vejiga hiperactiva sobre la calidad de vida del paciente mediante herramientas sencillas como el diario miccional.

Urología, por su parte, debe asumir el liderazgo clínico en los casos complejos o refractarios, cuando existe afectación significativa de la calidad de vida, falta de respuesta al tratamiento inicial, dudas diagnósticas o comorbilidades relevantes, añade Álvarez-Ossorio. "Su papel no se limita al ajuste farmacológico, sino que incluye la individualización terapéutica, la valoración del riesgo de efectos adversos (especialmente en pacientes mayores y polimedicados) y el acceso a terapias avanzadas cuando están indicadas", afirma.

El consenso subraya que esta coordinación debe basarse en criterios de derivación claros, comunicación bidireccional y seguimiento compartido, evitando duplicidades y retrasos innecesarios.

Solo así se puede garantizar un abordaje continuo, eficiente y centrado en el paciente, que es clave para mejorar la adherencia y los resultados en salud.

Tal y como reconoce Ángeles Guzmán, jefa de Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), "la atención y derivación hospitalaria es heterogénea, dependiendo en gran medida de la motivación e implicación de los profesionales". En su opinión, impulsar la formación con minipildoras y sesiones clínicas conjuntas, junto con protocolos consensuados entre Atención Primaria y Hospitalaria, son elementos clave para mejorar la coordinación y garantizar la continuidad asistencial, añade.

Desde el punto de vista de los pacientes, este consenso supone un cambio muy importante porque pone orden y sentido a su recorrido por el sistema sanitario. Según señala Àngels Roca, presidenta de la Associació per a la incontinència (ASIA), "mejora la calidad de vida del paciente porque reduce la incertidumbre, la frustración y la sensación de estar solo". Todo esto, añade, influye directamente en la adherencia y en cómo la persona afronta su día a día con vejiga hiperactiva. "Cuando una persona entiende qué le ocurre, por

qué sigue un tratamiento y sienten que los profesionales están coordinados, es mucho más fácil que no abandone".

Amaia Casteig, directora del Grupo OAT, destaca la "visión integral y compartida" que aporta este consenso, lo cual permite abordar la adherencia terapéutica de forma estructural, y no como un problema aislado del paciente. Según explica, el consenso sienta las bases para un seguimiento más proactivo, una mejor comunicación y una toma de decisiones realmente compartida. Esto es clave para reducir el abandono terapéutico, mejorar los resultados en salud y calidad de vida y, al mismo tiempo, optimizar el uso de los recursos sanitarios, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema.

HOMOGENEIZACIÓN DEL MANEJO CLÍNICO

Tal y como asegura Álvarez-Ossorio, este consenso tiene el potencial de producir un impacto muy relevante en la práctica clínica diaria, porque traslada la evidencia científica a decisiones concretas de organización, prescripción y seguimiento. Entre otras cosas, ayudará a homogeneizar el manejo clínico, reduciendo la variabilidad y el infradiagnóstico; pone el foco en un aspecto crítico: la adherencia al tratamiento, que actualmente

es claramente subóptima. Por otro lado, refuerza la importancia del seguimiento temprano y estructurado, algo clave para detectar problemas de eficacia o tolerancia antes de que el paciente abandone el tratamiento, según este especialista.

La estandarización de protocolos asistenciales entre niveles es un elemento clave de este consenso, según Amaia Casteig. La directora del Grupo OAT subraya también el refuerzo del papel de enfermería y farmacia comunitaria en el seguimiento, así como la incorporación de herramientas digitales para monitorizar adherencia y resultados en salud.

Además, es fundamental el refuerzo de la educación en salud desde Atención Primaria, donde el papel de la enfermería es clave. "Es fundamental la formación y sensibilización de los profesionales de enfermería, tanto para la detección precoz, como para el seguimiento y adherencia al tratamiento. Fundamentalmente por la cercanía a los usuarios y la competencia de enfermería en educación para la salud", afirma Ángeles Guzmán.

Por último, Álvaro Roca, director de Market Access & Public Affairs en Pierre Fabre España, destaca que "uno de los grandes retos en el abordaje de la vejiga hiperactiva sigue siendo asegurar la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes que conviven con múltiples tratamientos". Por ello, explica, "consideramos fundamental promover un consenso multidisciplinar con visión nacional, capaz de involucrar activamente a los pacientes y reforzar un seguimiento más estrecho desde los distintos niveles asistenciales. Nuestro compromiso no se limita al desarrollo de terapias eficaces y seguras; también buscamos impulsar un modelo coordinado que contribuya a mejorar la experiencia y la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad".

El ECDC llama a la calma: el virus Nipah supone un "riesgo muy bajo" para Europa

Según el Centro, la ausencia de transmisión comunitaria y de reservorios en el continente europeo reducen el peligro

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) ha evaluado como muy bajo el riesgo para la población europea tras la confirmación de dos casos de enfermedad por el virus Nipah en el estado de Bengala Occidental, en la India. Ambos contagios se produjeron en un entorno sanitario y, según la información disponible, no existe evidencia de transmisión comunitaria.

Según los datos de las autoridades indias del pasado 26 de enero de 2026, los dos casos confirmados corresponden a trabajadores sanitarios del mismo hospital que tuvieron contacto entre sí mientras desempeñaban su labor profesional a finales de diciembre de 2025. El reducido número de afectados y su vínculo con un único centro asistencial apuntan a un evento localizado y controlado.

El ECDC subraya que la vía más probable de introducción



del virus Nipah en Europa sería a través de viajeros infectados procedentes de zonas afectadas. No obstante, considera que esta posibilidad es poco probable en el contexto actual. Además, la ausencia en Europa de murciélagos frugívoros del género *Pteropus* reduce de forma significativa el riesgo de transmisión secundaria en caso de una eventual importación.

CONTROL Y PREVENCIÓN

Las autoridades sanitarias de la India han puesto en marcha

medidas de prevención y control, al tiempo que continúan las investigaciones para esclarecer el origen de la infección. En total, se han identificado y evaluado 196 contactos estrechos de los dos casos confirmados. Todos ellos permanecen asintomáticos y han dado negativo en las pruebas diagnósticas realizadas hasta el momento.

Ante la detección de estos casos, varios países de la región, entre ellos Tailandia, Nepal y Camboya, han activado medidas de precaución adicionales.

Estas acciones incluyen campañas de información dirigidas a la población y el refuerzo del control de pasajeros procedentes de la India en los aeropuertos internacionales.

RECOMENDACIONES PARA VIAJEROS EUROPEOS

Como medida preventiva, el ECDC recomienda a las personas residentes en la UE y el Espacio Económico Europeo que viajen o residan en Bengala Occidental que extremen las precauciones para evitar posibles fuentes de exposición al virus.

Entre las principales recomendaciones se encuentran evitar el contacto con animales domésticos o salvajes y con sus fluidos o desechos, no consumir alimentos que puedan haber sido contaminados por murciélagos y abstenerse de beber savia cruda de palmera datilera, una vía de transmisión descrita en brotes anteriores. Asimismo, se aconseja lavar, pelar y cocinar adecuadamente frutas y verduras antes de su consumo.

UN VIRUS ZONÓTICO CON ALTA LETALIDAD

El virus Nipah es un patógeno zoonótico capaz de transmitirse de animales a humanos y también entre personas. Su principal reservorio son los murciélagos frugívoros, conocidos como zorros voladores, que habitan en regiones del sur y sudeste asiático, el océano Índico y partes de Oceanía.

La infección humana puede producirse por contacto directo con animales infectados, por el consumo de alimentos contaminados o a través del contacto estrecho entre personas. Aunque los brotes documentados se han limitado a Asia, las autoridades sanitarias internacionales consideran que el virus presenta potencial epidémico y pandémico debido a su capacidad de transmisión.

La enfermedad se asocia a una elevada gravedad clínica. Las tasas de letalidad oscilan entre el 40-75%, dependiendo de factores como la cepa viral y el acceso a atención médica.

#MomentodeActuar #CancerNow

CANCER NOW

Impulsado y promovido por

eco Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología

Con el apoyo de

fundamed TRANSACCIONES ONCOLÓGICAS

Cancer NOW, iniciativa impulsada por Fundación ECO y con el apoyo de Fundamed, busca profundizar y visibilizar las prioridades y retos en cáncer en España. Para afrontar estos retos debemos trasladar la **Estrategia Nacional de España a planes de acción concretos**, alinearnos con el **Beating Cancer Plan** de la Unión Europea e impulsar la **investigación, innovación y equidad** para garantizar que todos los pacientes tengan acceso a una atención de calidad en nuestro país.

Gracias a las compañías innovadoras y comprometidas con el reto del cáncer



Colabora:



JORGE MUÑOZ, director médico de Especialidades de Daiichi Sankyo España

“Facilitar pautas terapéuticas más sencillas ayuda a sostener el control del LDL-C”

MARCOS YEBRA
Madrid

Pregunta. ¿Qué aspectos destacaría de entre todas las conclusiones del estudio SANTORINI que se ha presentado recientemente, y cuál es el compromiso de Daiichi Sankyo con el tratamiento de la dislipemia?

Respuesta. El estudio ofrece una radiografía de la práctica clínica en el control del colesterol LDL en pacientes con riesgo cardiovascular alto y muy alto. Entre sus principales hallazgos, destacaría que solo uno de cada cuatro pacientes alcanza los niveles recomendados de c-LDL, según las guías ESC/ EAS de 2019, lo que evidencia un amplio margen de mejora en prevención del riesgo cardiovascular.

Los resultados ponen de relieve una infrautilización de las terapias hipolipemiantes, especialmente de las combinaciones, pese a su beneficio demostrado, y una baja intensificación de terapias en pacientes con elevado riesgo cardiovascular.

Este estudio es una muestra de nuestro compromiso por mejorar la atención cardiovascular, proporcionando pruebas científicas que respalden el tratamiento óptimo de los pacientes, y encontrando soluciones para las personas que anteriormente no han recibido el tratamiento adecuado.

P. El 73% de los pacientes españoles con riesgo cardiovascular elevado no alcanza los objetivos de c-LDL, según este estudio. Y advierte, además, basándose en datos de vida real, que los tratamientos hipolipemiantes en pacientes con riesgo cardiovascular alto y muy alto están infrautilizados en España. ¿Cómo pueden los hipolipemiantes beneficiar a este grupo de pacientes?

R. Los fármacos hipolipemiantes son una herramienta fundamental en prevención cardiovascular. De hecho, la reducción del c-LDL se ha convertido en el objetivo principal en la prevención de episodios cardiovasculares. Cada reducción de 1mmol/l de c-LDL se ha asociado con una reducción del riesgo relativo de hasta el 23% de episodios vasculares y coronarios importantes y del 10% de la mortalidad total en 5 años.



La última actualización de las Guías ESC / EAS 2025 reconoce el beneficio de la terapia combinada para reducir el LDL-C”

El reto es aprovechar las opciones terapéuticas disponibles, personalizando la terapia y seleccionando la combinación más adecuada cuando la monoterapia no permite alcanzar los objetivos.

P. Los investigadores señalan que una de las claves por las que España tiene un grado mayor de pacientes que cumple los objetivos c-LDL radica en la mayor utilización de terapias combinada. En España se emplea la terapia combinada en un 27,1%, cifra superior al 15,8% de Europa, pero esta alternativa sigue considerándose “inaceptablemente baja”. ¿Qué papel pueden jugar las terapias combinadas en lograr un mejor cumplimiento de esos objetivos y reducir el riesgo cardiovascular global?

R. Durante el último Congreso Europeo de Cardiología (ESC) se presentó una actualización de las Guías ESC/ EAS 2025 para el manejo de las dislipemias que reconocen el beneficio de la terapia combinada para reducir el c-LDL y ayudar a los pacientes a alcanzar su objetivo terapéutico.

El tratamiento combinado con varios fármacos es una pieza clave; especialmente tras un síndrome coronario agudo, donde las Guías impulsan a iniciar directamente terapia combinada si el paciente no estaba previamente tratado y a intensificarla si ya recibía tratamiento hipolipemiante previo. Una simulación utilizando datos del estudio SANTORINI sugiere que 6 de cada 10 pacientes podrían alcanzar los objetivos de C-LDL mediante una terapia oral combinada.

En Daiichi Sankyo hemos anunciado recientemente el inicio del desarrollo de comprimidos en triple combinación oral para la reducción de lípidos con el fin de apoyar el manejo del colesterol LDL. Esta terapia oral combinada y personalizada de estatinas, ezetimiba y ácido bempedoico está destinada a mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados en el manejo del C-LDL, facilitando a los especialistas la adaptación del tratamiento a las necesidades individuales de cada paciente.

P. Las recientemente actualizadas Guías ESC/EAS 2025, siguiendo por esta línea, reconocen el beneficio de la terapia combinada para reducir el c-LDL. ¿Qué porcentaje de utilización de terapia combinada considera que sería aceptable para reflejar una práctica adecuada según las nuevas Guías, y cómo se propone alcanzar ese umbral?

R. Aunque las Guías no establecen un porcentaje concreto, el mensaje es claro: se promueve una estrategia intensi-

va precoz y se establece que el tratamiento debe iniciarse inmediatamente con la máxima potencia en el paciente hospitalizado tras Síndrome Coronario Agudo (SCA). Además, destacan que la intensificación de terapias combinadas resulta en un mayor control del C-LDL que el aumento progresivo de las dosis de fármacos en monoterapia.

En la práctica, sería razonable aspirar a un uso más extendido de la terapia combinada cuando esté indicada y a que el cambio de estrategia no se retrase si el paciente sigue fuera de objetivo.

En ese contexto, además de la combinación clásica de estatina y ezetimiba, puede contemplarse el uso de comprimidos de ácido bempedoico o ácido bempedoico y ezetimiba, junto a diferentes dosis de estatina. Además, como principio, las nuevas Guías recomiendan la utilización de fármacos que hayan demostrado la reducción del riesgo cardiovascular.

P. ¿Que cambios sugiere la última actualización de las Guías ESC/EAS 2025 en el abordaje de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA)?

R. Ha habido un cambio de paradigma en el abordaje de la enfermedad aterosclerótica, donde los términos prevención primaria y prevención secundaria han dado paso a un enfoque más integral, cuyo objetivo sería la prevención de la aparición de la placa de ateroma, el tratamiento de la misma y la modificación y regresión si fuera posible.

La actualización de las Guías en dislipemia incorpora nove-

dades que influyen en el manejo clínico: empleo de nuevas ecuaciones/escalas de riesgo, objetivos en riesgo extremo y mayor énfasis en la terapia combinada, de forma similar a como se tratan la hipertensión y la diabetes.

P. Una barrera que no ayuda a mejorar los resultados en lo referente a alcanzar los objetivos c-LDL tiene que ver con el paciente y los problemas de adherencia al tratamiento. La simplificación del tratamiento es clave para mejorar la adherencia, entonces, ¿las combinaciones de hipolipemiantes pueden ser una oportunidad para optimizar los tratamientos y que, por ende, se logre optimizar también la adherencia?

R. Sin duda. La simplificación del tratamiento puede mejorar la adherencia, especialmente en pacientes con múltiples fármacos. Reducir el número de comprimidos y facilitar pautas más sencillas ayuda a sostener el control del LDL-C en el tiempo.

En este sentido, desde Daiichi Sankyo tenemos el compromiso a largo plazo de facilitar el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, así como investigar nuevas opciones terapéuticas que mejoren los resultados cardiovasculares y la adherencia. La triple combinación oral que estamos desarrollando de ácido bempedoico y ezetimiba, junto a diferentes dosis de estatina, con el potencial de reducir los niveles de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), pretende mejorar la adherencia al tratamiento con el objetivo último de mejorar los resultados en salud cardiovascular.

Las CCAA ya apuestan por aplicar la inteligencia artificial

Cómo la IA se está convirtiendo en el futuro de los sistemas sanitarios regionales

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ

Madrid

En un contexto marcado por el envejecimiento demográfico y la presión asistencial, las Comunidades Autónomas (CCAA) han iniciado un despliegue masivo de algoritmos y soluciones robóticas con un objetivo triple: optimizar la gestión, potenciar la precisión diagnóstica y, sobre todo, devolver el tiempo clínico a la relación médico-paciente. Este ambicioso proceso cuenta con un respaldo financiero de 223 millones de euros adicionales, cofinanciados por Red.es, fondos FEDER y el Ministerio de Sanidad.

Cataluña ha liderado el inicio de este despliegue tras firmar un convenio de 27 millones de euros para modernizar su sanidad. Sus líneas de actuación incluyen una red nacional de imagen diagnóstica interoperable que permitirá el entrenamiento de nuevos algoritmos.

En el ámbito práctico, el asistente digital Áxia ya apoya a los profesionales de Atención Primaria basándose en guías clínicas actualizadas semanalmente. Además, la introducción de la transcripción automática de voz a la historia clínica está liberando valioso tiempo asistencial al reducir tareas burocráticas. En alta complejidad, el Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO) utiliza ya el perfil genómico de tumores



para personalizar tratamientos oncológicos.

Aragón, por su parte, encabeza el ranking nacional con 34 algoritmos identificados. Su proyecto SALUD-GPT actúa como un asistente virtual que ayuda en el diagnóstico en tiempo real. La región también utiliza la IA para combatir la dispersión poblacional; en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, la interpretación radiológica asistida alcanza una precisión del 99,9%, equivalente al criterio de tres radiólogos expertos, ahorrando 10 minutos por diagnóstico. Asimismo, la incorporación del robot Versius permite cirugías oncológicas de alta precisión.

Andalucía ha dado un paso estratégico con la creación del Centro de Inteligencia Artificial

de Andalucía (ANIA) en Granada. Entre sus 65 casos de uso destaca la mejora en la detección de tumores de mama, proyecto que se extenderá a las ocho provincias con 3,7 millones de euros.

En emergencias, el uso de IA en el triaje del 061 permite predecir la demanda vital; de hecho, el 32% de las solicitudes se resuelven ahora sin movilizar recursos físicos. Además, proyectos como PulmoAI utilizan el análisis de Real World Data para identificar subpoblaciones de alto riesgo de cáncer antes de la aparición de síntomas.

La Comunidad de Madrid ha puesto el foco en la desburocratización. El Hospital Gregorio Marañón ha ahorrado más de 5.700 horas de trabajo mediante la automatización de registros

administrativos. En el plano clínico, la herramienta SermasGPT ayuda a 6.000 médicos a detectar enfermedades raras en minutos.

Destaca también el uso de software de IA e impresión 3D en siete hospitales para cirugías de columna, logrando una precisión del 98,9% en la colocación de implantes. Para el seguimiento de crónicos, Madrid lanzará una plataforma basada en el Internet de las Cosas para monitorizar remotamente a 30.000 pacientes con diabetes o EPOC.

Castilla-La Mancha orienta su Plan de Salud H3.0 hacia la medicina de las "5 P's", destacando el liderazgo en el proyecto europeo HARIA, que desarrolla un "tercer brazo robótico" para la rehabilitación de pacientes con lesión

medular. Galicia apuesta por su factoría 1HealthAI, una fábrica de IA basada en el concepto OneHealth, con una inversión de 82 millones de euros, entrenada mediante machine learning para proteger la plataforma de identidades del Sergas frente a ciberataques. En el ámbito oncológico, el proyecto ProtonterapIA en Santiago busca optimizar el uso de esta terapia avanzada.

Otras regiones aportan piezas clave a este mosaico: la Comunidad Valenciana utiliza IA para interpretar radiografías en Urgencias con una eficacia del 90%; Navarra integra la IA en su programa de detección de cáncer de mama a través del proyecto BreastScan; y la Región de Murcia emplea a 'Lola', una asistente virtual que monitoriza telefónicamente a pacientes con cáncer de próstata, liberando el 70% del tiempo de seguimiento clínico. Finalmente, el proyecto colaborativo 'OmicSpace', liderado por Valencia y participado por varias comunidades, permite la gestión segura de datos genómicos mediante nodos federados para agilizar el diagnóstico de enfermedades raras.

Este despliegue masivo se alinea con el Reglamento Europeo de IA, que exige un uso "ético y seguro" de estas herramientas.

ACCEDER A LA NOTICIA COMPLETA



Primera Edición de los Premios

IA BIC 2026

Consulta toda la información

