

ENFERMEDADES RARAS

Pocos pacientes, mismos derechos

Galicia expone en el ciclo 'EERR, conversaciones urgentes' de Fundamed los ejes de su nueva Estrategia

P. 6-7 y editorial

Pacientes, especialistas y compañías trazan las hojas de ruta para HAP, nefropatía por IgA y miastenia gravis

P. 6-7 y editorial

PROTEGE TU FUTURO CON EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Las garantías más completas, para ejercer tu profesión con mayor seguridad y confianza



Somos Sanitarios

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

A.M.A. GRUPO

A.M.A.

AmaVida

A.M.A. FUNDACIÓN S.A.S.

A.M.A. COSECO

La Mutua de los Profesionales Sanitarios.



900 82 20 82
www.amaseguros.com



Opinión

El año para asegurar el progreso en cáncer

A CORAZÓN ABIERTO

Nos encontramos en un momento decisivo para el futuro de la Oncología, con la incorporación progresiva de avances que están abriendo un nuevo paradigma en el abordaje de muchos tumores: inmunoterapia, biopsia líquida, inteligencia artificial aplicada al diagnóstico... Sin embargo, la realidad regulatoria amenaza con erosionar estos logros y dificulta hacer frente con garantías al mayor reto sanitario de nuestro tiempo. En España, más de 300 personas fallecen al día a causa del cáncer.

La reducción del 20% en el presupuesto del Plan Europeo contra el Cáncer anunciada para 2026 compromete la traslación a los pacientes de estos progresos. En este sentido, desde la Fundación ECO contamos con la iniciativa CANCER NOW, que se dirige a favorecer la adopción de las recomendaciones de este plan y a favorecer el acceso a la innovación.

Esta herramienta, piedra angular de la estrategia sanitaria comunitaria, no es sólo un marco de acción, sino la expresión de un compromiso político con la prevención, el diagnóstico precoz, la investigación y la atención integral a los pacientes. Recortar sus recursos en un momento de aumento de la incidencia del cáncer en el Viejo Continente supone un retroceso sanitario y social de calado.

Todo ello, en un momento en el que las necesidades en el ámbito de la Oncología demandan nuevos enfoques cooperativos, y en el marco de la aplicación progresiva del Reglamento europeo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. La armonización de los informes clínicos comunes debería agilizar la evaluación científica de medicamentos oncológicos innovadores y reducir la duplicidad de procesos en España.

Esta legislación es, sin duda, un avance positivo. No obstante, su éxito dependerá de cómo los países integren estos informes en sus propios sistemas de financiación y acceso. En nuestro país, el riesgo es que un proceso más eficiente a nivel comunitario no se traduzca en decisiones más rápidas a nivel nacional si no se abordan aquellos aspectos que siguen lastrando la incorporación de nuevos fármacos al SNS.

Los datos del último informe W.A.I.T. hablan por sí solos. Lamentablemente, España se sitúa entre los países europeos con mayores demoras en el acceso a medicamentos innovadores, a pesar de los esfuerzos de las autoridades competentes para revertir esta situación. Los pacientes esperan, de media, más de 600 días desde la autoriza-



Jesús García-Foncillas

Presidente de la Fundación ECO

"Este año seguiremos abogando por un modelo asistencial que combine excelencia científica, recursos adecuados y políticas públicas que promuevan una implementación equitativa de los tratamientos"

ción europea hasta la disponibilidad efectiva del fármaco en el sistema público, superando con creces el plazo máximo de 180 días que fija la regulación.

En Oncología, donde cada día cuenta, esta demora puede representar la diferencia entre la opción de una terapia curativa o paliativa. Por ello, resulta imprescindible reformar el sistema de financiación y evaluación nacional para priorizar los medicamentos con impacto demostrado en supervivencia y calidad de vida.

En este contexto, las nuevas vías fast-track de evaluación acelerada suponen un rayo de esperanza para los pacientes. Acelerar los ensayos clínicos de fase uno y la evaluación de terapias innovadoras es una medida necesaria para lograr un acceso más rápido a tratamientos oncológicos prometedores.

La nueva regulación farmacéutica europea, actualmente en discusión, busca precisamente equilibrar el acceso equitativo a los medicamentos innovadores y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

En un ecosistema global donde Estados Unidos y Asia están acelerando la aprobación y adopción de tratamientos de vanguardia, Europa —y España, líder continental en investigación clínica de medicamentos— no puede permitirse quedar rezagada. El objetivo debe ser doble: proteger la sostenibilidad, pero sin frenar el progreso científico ni castigar a los pacientes con demoras innecesarias.

Desde la Fundación ECO, defendemos desde nuestros inicios un principio esencial: la calidad asistencial no puede desligarse de la equidad en el acceso a la innovación. Cualquier reducción presupuestaria o reforma normativa debe evaluarse a la luz de cómo afecta al paciente concreto y a su derecho a recibir el mejor tratamiento disponible en el menor tiempo posible.

Por ello, este año seguiremos abogando por un modelo asistencial oncológico que combine excelencia científica —ya colaboramos con la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) para acreditar las mejores prácticas de los hospitales españoles con el sello QOPI—, recursos adecuados y políticas públicas que promuevan una implementación equitativa de la innovación en todo el territorio. Sólo así la medicina de calidad podrá ser también una medicina justa, accesible y orientada al bien común, y que permita consolidar los avances logrados en cáncer.

EDITORIAL

La hora de las enfermedades raras

En la actualidad se calcula que hay aproximadamente 7.000 tipos diferentes de enfermedades raras. Sin embargo, solo el 4-5% de estas patologías cuenta con al menos un tratamiento aprobado, que se conoce como medicamento huérfano. La Unión Europea (UE) define a esta clase de terapias como aquel producto destinado a una indicación cuya prevalencia no exceda los cinco casos por cada 10.000 habitantes, siendo además una enfermedad que pone en riesgo la vida, que es muy debilitante, es una condición grave y crónica o para la cual no haya en la UE ningún método satisfactorio de diagnóstico, prevención o tratamiento autorizado.

Por tanto, las enfermedades raras representan uno de los mayores desafíos para la organización de los sistemas sanitarios. Su baja prevalencia contrasta con un impacto significativo, que se traduce en dificultades para el diagnóstico precoz, la coordinación asistencial, el acceso equitativo a tratamientos y el acompañamiento continuado de las personas afectadas y sus familias.

En este contexto, Galicia es una de las CCAA destacadas por dar prioridad a estas patologías de la mano de su Estrategia de Enfermedades Raras 2025-2030, una hoja

de ruta que representa un avance sin precedentes en el abordaje de estas patologías a nivel autonómico, con una inversión histórica de 400 millones de euros. El plan gallego busca abarcar todo el proceso de atención, desde la prevención y el diagnóstico precoz hasta los tratamientos personalizados y la rehabilitación funcional, garantizando

que los pacientes puedan mantener la mayor autonomía posible en su vida diaria. Además, integra investigación en medicina de precisión, análisis de datos y herramientas de inteligencia artificial para que el conocimiento generado mejore la práctica clínica de forma constante.

Asimismo, un elemento clave de esta estrategia es la participación activa y efectiva de los pacientes. Su experiencia cotidiana aporta una visión imprescindible para diseñar medidas realistas y centradas en las necesidades reales de quienes conviven con estas enfermedades. El modelo ga-

llego demuestra que involucrar a los pacientes, formar a los profesionales y estructurar los circuitos asistenciales de manera coordinada no solo mejora la calidad de la atención, sino que acelera procesos fundamentales, como la detección temprana y el acceso a terapias avanzadas.

"Se calcula que hay aproximadamente 7.000 tipos diferentes de enfermedades raras. Sin embargo, solo el 4-5% de estas patologías cuenta con al menos un tratamiento aprobado"

La próxima pandemia de gripe no es una hipótesis, es una certeza

CARTA DEL EDITOR

Cada invierno la gripe vuelve. Y cada año, con menor estridencia que otros virus, se recuerda una advertencia incómoda: la próxima pandemia gripal llegará.

Sabemos que llegará, pero no sabemos cuándo ni con qué subtipo. La historia epidemiológica no deja demasiado margen para la complacencia. Desde 1918 hemos convivido con varias pandemias de gripe. Entre tanto, el virus ha seguido mutando, recombinándose y explorando nuevas rutas entre especies.

En este contexto, encuentros como las XI Jornadas de Actualización en Gripe celebradas en Zaragoza adquieren un significado que va mucho más allá de la formación continuada. No son una cita rutinaria, sino un ejercicio de preparación.

Gripe estacional y amenaza pandémica

La apertura con perspectiva internacional y el análisis de virus epidémicos y pandémicos dejaron clara una idea fundamental: la gripe estacional y la amenaza pandémica forman parte del mismo continuo biológico. No son fenómenos separados. La vigilancia genómica, el diagnóstico rápido, la capacidad de secuenciación y la integración de datos en tiempo real ya no son herramientas accesorias; son infraestructuras estratégicas.

El laboratorio de microbiología deja de ser un actor secundario para convertirse en un nodo crítico del sistema sanitario. Detectar antes, compartir datos antes y decidir antes es la diferencia entre gestionar una ola estacional o contener un riesgo mayor.

Uno de los aciertos del encuentro de Zaragoza fue también desmontar la banalización de la gripe. La pregunta "¿es cosa de niños... o no?" no es retórica. En sociedades envejecidas como la española, la gripe impacta especialmente en personas mayores, pacientes con patologías crónicas y perfiles inmunológicamente vulnerables. La inmunosenescencia no es un concepto académico; es una realidad clínica que condiciona resultados.

Un estrés del sistema...cada año

Cada temporada gripal es una prueba de estrés para la atención primaria, los hospitales y los centros sociosanitarios. Por eso, el debate sobre efectividad vacunal, optimización y refuerzo en grupos de riesgo y nuevas tecnologías es actual, relevante y necesario.



Santiago de Quiroga

Editor de
Gaceta Médica

"El laboratorio de microbiología deja de ser un actor secundario para ser un nodo crítico. Detectar, compartir datos y decidir antes es la diferencia entre gestionar una ola estacional o contener un riesgo mayor"

No todas las vacunas responden igual en todos los contextos poblacionales. Ajustar estrategias, evaluar evidencia y actualizar recomendaciones es política pública y prevención basada en datos.

Especial relevancia en el encuentro de Zaragoza tuvo la mirada desde enfermería y atención primaria. Porque las estrategias se diseñan en despachos y se ejecutan en consultas. La implicación de quienes sostienen la vacunación sobre el terreno es imprescindible para el éxito de cada campaña. La diversidad de perfiles presentes en el encuentro —microbiólogos, preventivistas, gestores, investigadores, responsables autonómicos— refleja precisamente esa visión integral que la gripe exige.

Hablar de pandemia de gripe no debería sonar alarmista. Es, simplemente, epidemiología histórica. Los virus gripales no descansan. Circulan, se transforman y aprovechan oportunidades biológicas. La cuestión no es si habrá otra pandemia, sino en qué condiciones nos encontrará. ¿Con sistemas de vigilancia integrados? ¿Con capacidad de análisis en tiempo real? ¿Con estrategias vacunales adaptadas a los grupos más vulnerables?

Un análisis anual necesario

En ese sentido, mantener durante once ediciones un foro científico centrado en gripe demuestra una visión sostenida y clara. Desde la dirección de las operaciones de Seqirus en España, Pepe Meseguer y su equipo han consolidado este encuentro como un espacio anual de referencia para el abordaje de la gripe y su mejor prevención, facilitando la puesta en común entre distintos niveles del sistema sanitario. El valor no está en el protagonismo, sino en generar el marco donde la evidencia puede debatirse y actualizarse.

Prepararse no es alarmismo. Es responsabilidad.

La gripe vuelve cada año. Y cada año tenemos la oportunidad de fortalecer vigilancia, mejorar inmunización y ajustar decisiones a la mejor evidencia disponible. La próxima pandemia de gripe no es una hipótesis teórica. Es una eventualidad estadística. Y antes la gripe llegará como cada año y aspiramos a mejorar en la manera de prevenirla y proteger a los más vulnerables.

El objetivo demostrado de la prevención en reducir hospitalizaciones, reducir ingresos en UCI, reducir los infartos de miocardio, reducir los eventos cerebrovasculares, reducir los costes sanitarios directos, reducir el incremento de la fragilidad y dependencia tras el ingreso por gripe y hasta atenuar la pérdida de productividad. Mucho beneficio como para no tratar de mejorar los resultados cada año.

EN IMÁGENES

Esperanza para tratar la 'piel de mariposa'

La Junta de Andalucía va a facilitar a pacientes con epidermolísis bullosa, conocida como 'piel de mariposa', el acceso a un medicamento pionero denominado Vyjuvek, recientemente autorizado por la Unión Europea y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Este tratamiento innovador permitirá mitigar las heridas cutáneas, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad rara. El anuncio lo realizó el presidente Juanma Moreno después de reunirse con Leo Gutiérrez, un niño sevillano de 12 años que padece la enfermedad.



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, Diseño y Maquetación: Rosa Rodríguez.

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

FERNANDO MUÑOZ, secretario general de Salud Digital

“Nuestro objetivo es impulsar el texto de la Ley de Salud Digital durante este año”

JAVIER ALBERCA
Madrid

Juan Fernando Muñoz es el secretario general de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, un puesto desde el que lidera la modernización tecnológica del SNS. Bajo su responsabilidad se agrupan los grandes proyectos de salud digital y sistemas de información. En esta entrevista, aborda el desarrollo de la futura Ley de Salud Digital, el encaje con el Espacio Europeo de Datos de Salud, la gobernanza del dato y de la IA, y los mecanismos para garantizar interoperabilidad, derechos del paciente y seguridad jurídica sin incrementar la carga burocrática de los profesionales.

Pregunta. ¿Cuándo prevé el Ministerio aprobar la iniciativa?

Respuesta. Nuestro objetivo es impulsar el texto durante 2026, respetando los tiempos parlamentarios, y garantizar que España llegue a los hitos europeos del EHDS con un marco jurídico claro, coherente y operativo.

P. ¿Qué aspectos del anteproyecto están valorando reformular?

R. Hemos recibido aportaciones muy constructivas de CCAA, sociedades científicas, entidades del sector privado y organizaciones de pacientes. En esta fase estamos trabajando en tres líneas de ajuste:

Primero, reforzar la articulación entre la Ley de Salud Digital y el Reglamento Europeo del Espacio Europeo de Datos de Salud (EHDS), en el marco competencial español, clarificando los roles de la autoridad nacional de salud digital, el organismo nacional de acceso a datos y las entidades correspondientes de las CCAA, así como la conexión con MyHealth@EU, el nodo de intercambio de información de salud para uso primario y HealthData@EU, que canaliza las peticiones de acceso a colecciones de datos españoles de salud desde y hacia a otros estados miembros de la UE para el uso secundario. Esto es esencial



El reconocimiento de nuevos derechos debe ir acompañado igualmente de nuevas herramientas

para maximizar la interoperabilidad y evitar duplicidades normativas.

Segundo, introducir mejoras en materia de gobernanza e incorporación de tecnologías digitales, incluida la IA, a la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta elementos de interoperabilidad y uso de los datos, participación de pacientes y profesionales, transparencia y explicabilidad.

Tercero, modular las obligaciones del Reglamento sobre los prestadores privados de asistencia sanitaria y tenedores de datos de salud, para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas equilibrando seguridad, innovación y carga administrativa.

P. ¿Qué resistencias están detectando?

R. Lo que estamos detectando no son resistencias, sino preocupaciones legítimas que debemos atender. Por un lado, las CCAA piden flexibilidad para

desplegar sus autoridades de salud digital, organismos de acceso a datos y modelos de gobernanza del dato e IA específicos, dentro de un marco nacional común y coordinado. Por otro lado, el sector privado pide claridad regulatoria, técnica y semántica y evitar cargas desproporcionadas para pequeñas entidades prestadoras de asistencia sanitaria. Por su parte, los profesionales sanitarios insisten en que la transformación digital del sistema debe reducir burocracia y no incrementarla, facilitando la labor del profesional con niveles de calidad adecuados. Todas estas cuestiones están siendo incorporadas.

P. ¿Habrán incentivos económicos?

R. La interoperabilidad es un requisito estructural del Reglamento del EHDS, y la Ley de Salud Digital debe permitir su cumplimiento. Ya se ha avanzado y reforzado la Historia Clínica Digital interoperable, la receta electrónica en todos los territorios y el Espacio Nacional de Datos de Salud. Para lograr la interoperabilidad habrá condiciones técnicas obligatorias, establecidas de manera consensuada con las CCAA, y la financiación estatal y europea siempre estará vinculada al cumplimiento de estándares de interoperabilidad, calidad del dato y gobernanza

segura. El objetivo es acelerar la cohesión del SNS, aprovechando las capacidades de aquellas CCAA con mayor avance en cada área.

Por otro lado, también se han venido implementando subvenciones e incentivos para el desarrollo de aquellas áreas menos desarrolladas al amparo de los fondos MRR que han servido para que muchos agentes se hayan ido preparando.

P. ¿Qué modelo de gobernanza prevén implementar?

R. El modelo de gobernanza que proponemos parte del Reglamento europeo y de la experiencia de la Estrategia de Salud Digital, como un marco de trabajo federado, cooperativo y con funciones claras, con un modelo de gobernanza incardinado en el CISNS a través de la CSD.

La autoridad nacional de salud digital deberá tener competencias en: coordinación estatal y europea, verificación de estándares técnicos y semánticos en el área del uso primario, e interlocución directa con la autoridad de vigilancia del mercado de sistemas de HCE, con la AEPD y Comisión Europea.

La clave es asegurar que este órgano tenga capacidad real de alineación, supervisión y seguimiento, pero respetando las competencias de las CCAA.

P. ¿Cómo evitar que se traduzca en mayor carga para los profesionales sanitarios?

R. Éste es uno de los pilares de la ley. El reconocimiento de nuevos derechos debe ir acompañado de nuevas herramientas que liberen tiempo a los profesionales. La solución pasa por el desarrollo de agentes de IA como transcripción automática en consulta, la automatización de tareas repetitivas, la integración de datos en la historia clínica minimizando duplicidades, los estándares semánticos que maximicen la interoperabilidad de la información y los sistemas de soporte a la decisión que simplifiquen, apoyen y no compliquen la labor clínica. La transformación digital debe apoyar la reducción de la burocracia y re-

forzar la relación entre profesional y paciente y la IA, en especial la Generativa, tiene que ser un firme aliado en este propósito.

P. ¿Habrán un calendario escalonado de implantación?

R. Sí, el propio Reglamento, en su artículo 105 establece un plan de aplicación progresiva de sus componentes, tanto en uso primario como secundario. En esencia, en 2029 se empieza la aplicación de la primera parte de las categorías prioritarias (Patient Summary, e-P/e-D) y los sistemas de historia clínica que las gestionan, en el uso primario, así como los organismos de acceso a datos y la mayor parte de los tipos de datos de salud en el uso secundario.

En 2031 se completa la totalidad de las categorías prioritarias (imagen, pruebas diagnósticas, informe de alta) y los sistemas de historia clínica que las gestionan, en el uso primario, y los datos genómicos, genéticos y ómicos en el uso secundario.

La ley establecerá los plazos adecuados para asegurar que los elementos necesarios para dar cumplimiento a los hitos del Reglamento estén disponibles a tiempo por parte de la administración central y de las comunidades autónomas.

P. En materia de IA, ¿por qué enfoque optarán?

R. La Estrategia de IA del SNS propone un modelo híbrido, alineado con el AI Act. Por un lado, la autorización y certificación previa para sistemas de alto riesgo (diagnóstico, priorización, soporte terapéutico). Por otro, la valoración de los algoritmos. Por último, la autorregulación supervisada, basada en gobernanza federada, para garantizar transparencia, trazabilidad y supervisión humana cuando el nivel de riesgo no requiera mayor control. En definitiva, combinación de control previo, vigilancia y reglas claras para proveedores y servicios de salud.

ACCEDE A LA
ENTREVISTA
COMPLETA



Tormenta política por el RD de atención sanitaria a extranjeros sin residencia

Mientras la ministra defiende la medida, el PP denuncia que "bloquea y tensiona el sistema sanitario"

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El Consejo de Ministros aprobó el real decreto para garantizar el acceso al Sistema Nacional de Salud a extranjeros sin residencia legal en España. La decisión ha provocado una inmediata reacción del PP, que reivindica que "la sanidad española debe atender a quien lo necesite" y que "nadie debe quedarse sin atención", al tiempo que marca distancias con el contenido de la norma. Fuentes del partido sostienen a GM que una cosa es "garantizar asistencia" y otra "convertir la irregularidad en un derecho".

En ese mismo argumento, el PP denuncia que el Gobierno pretende "ampliar derechos" mientras "bloquea y tensiona un sistema sanitario que ya está al límite, con listas de espera disparadas, profesionales saturados y CCAA asumiendo el peso de la gestión". Los populares enmarcan esta medida en "dos de los grandes problemas del sanchismo": "La falta de control

sobre la inmigración irregular y el deterioro progresivo de nuestros servicios públicos".

Las mismas fuentes insisten en que "España siempre será un país que atiende a quien lo necesita", pero advierten de que "lo que no puede hacer un gobierno responsable es normalizar la irregularidad y, además, convertirla en un derecho mientras colapsa el sistema sanitario". A ello añaden dudas sobre la financiación de la medida y cargan contra el Ejecutivo por impulsar "nuevas prestaciones sin planificación ni financiación".

El PP eleva el tono político al exigir a la ministra de Sanidad, Mónica García, que "deje de utilizar el Ministerio de Sanidad como herramienta electoral". En su mensaje, reclaman centrar el debate en "los problemas reales": "Más profesionales, financiación suficiente y planificación".

Frente a esas críticas, la ministra de Sanidad, Mónica García, defendió la aprobación en su cuenta de X con un mensaje rotundo: "Acabamos con la ex-



Mónica García y Carmen Fúnez.

clusión administrativa abierta en 2012. Frente a la ola del odio, garantizamos el derecho a la salud para todos. Solo podemos cuidarnos si lo hacemos como sociedad".

ABASCAL CARGA CONTRA "EL DECRETAZO"

El presidente de Vox, Santiago Abascal, denunció "el decretazo por el que se va a facilitar aún más la asistencia sanitaria a los inmigrantes ilegales". Según trasladó su partido, situó esta decisión en un contexto "en el

que faltan médicos y sanitarios, hay listas de espera, los jóvenes que se han formado como médicos o enfermeras tienen que irse fuera de España".

Abascal sostuvo además que, mientras muchos españoles tienen dificultades para acceder a la sanidad, "va a ser más fácil para los ilegales". También, acusó al Ejecutivo de abrir "las puertas de los hospitales de España para toda África" y vinculó esta medida con un "efecto llamada a la invasión migratoria" y un "efecto expulsión de los espa-

ñoles". Por último, defendió "un cambio de 180 grados" en política migratoria.

"La sanidad universal es justicia. Y punto"

García respondió a Abascal: "Lo que es un 'crimen' es no atender a pacientes por su origen o su color de piel". En ese mismo texto escrito en su cuenta de X, García defendió que lo que hace el Gobierno es "dar dignidad y seguridad a la gente frente a vuestro odio y vuestras guerras ilegales".

En la misma línea se expresó el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, también en X, en respuesta al líder de Vox. "Crimen es tener inmigrantes currando de temporeros sin contrato y tirar su cadáver en la puerta de un hospital, como hizo un apoderado de Vox", afirmó rematando su mensaje dejando claro que "la sanidad universal es justicia. Y punto".

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



Las claves del texto para la atención sanitaria a extranjeros que no tienen residencia legal

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El Consejo de Ministros ha aprobado el real decreto por el que se reconoce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras sin residencia legal en España. Según la información del Ministerio de Sanidad, la norma fija un marco común para evitar desigualdades en el acceso y reforzar la equidad del SNS.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

El reconocimiento se realizará mediante una declaración responsable en la que se deberá

indicar que no existe cobertura sanitaria por otra vía, que no puede exportar ese derecho desde otro país y que no existe un tercero obligado al pago. En este sentido, el Ministerio incorporará medidas de apoyo y formatos de lectura fácil para garantizar que las personas con discapacidad puedan comprender el documento en igualdad.

MÁS FLEXIBILIDAD

La norma flexibiliza la acreditación de la residencia habitual en España. Aunque el empadronamiento seguirá siendo el documento preferente, también se admitirán certificados de escolarización, informes de servicios sociales, facturas de suminis-

tros o telecomunicaciones, así como cédulas de inscripción o documentos consulares. Además, al presentar la solicitud se entregará un documento provisional que permitirá recibir atención sanitaria mientras se tramita el expediente. La administración tendrá un máximo de tres meses para resolver. El reconocimiento no caducará mientras no se obtenga cobertura por otra vía.

PROTECCIÓN REFORZADA

La norma refuerza la protección de menores, mujeres embarazadas y mujeres que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo. También protege a víctimas de violencia de género,



Elma Saiz, portavoz del Gobierno.

a sus hijas e hijos, a víctimas de violencias sexuales y de trata de seres humanos. La cobertura se extiende a solicitantes de protección internacional o temporal, para quienes se prevé un informe de especial vulnerabilidad emitido por los servicios sociales de las CCAA.

COBERTURA AMPLIADA

La propuesta, igualmente, amplía la cobertura para españoles

residentes en el exterior durante desplazamientos temporales a España, así como para determinados familiares a cargo, siempre que no tengan protección por convenios internacionales o por la legislación de Seguridad Social.

Sin embargo, la normativa establece que si la solicitud es denegada, se facturará la asistencia recibida, salvo que se acredite que en el momento de la atención sí se cumplían los requisitos. Igualmente, si se detecta falsedad o inexactitud, el documento provisional perderá validez y la administración podrá reclamar el reintegro de las prestaciones.

El real decreto también extiende a ortopedia y prótesis la exigencia de aportación ya vigente para colectivos vulnerables.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



EERR, conversaciones urgentes

"La nueva Estrategia refuerza el compromiso de Galicia con las Enfermedades Raras"

Gómez Caamaño apadrina el ciclo 'Enfermedades raras, conversaciones urgentes', organizado por Fundamed

ENRIQUE DELGADO SANZ

Santiago de Compostela

El conselleiro de Sanidad de la Xunta de Galicia, Antonio Gómez Caamaño, lo tiene claro: las enfermedades raras y sus pacientes son una prioridad. En este sentido, el máximo responsable de la salud gallega apadrinó la primera cita de 'Enfermedades raras, conversaciones urgentes', un ciclo impulsado por Fundamed y apoyado por Gaceta Médica en el que se busca profundizar sobre los proyectos de éxito implementados por las distintas comunidades autónomas para mejorar la vida de los pacientes de estas patologías de baja prevalencia.

Durante su intervención, con la que clausuró la jornada, Gómez Caamaño destacó el buen trabajo realizado con la Primera Estrategia de Enfermedades Raras y marcó los objetivos que persigue la nueva Estrategia, presentada este año, con una dotación que roza los 400 millones de euros y



Gómez Caamaño, durante su intervención en la jornada.

diseñada para el periodo 2025-30: "Tenemos que avanzar en el cribado y diagnóstico precoz, en el acceso a la innovación terapéutica y en investigación".

"UN LARGO RECORRIDO"

Gómez Caamaño destacó que la nueva Estrategia «refuerza el compromiso del Ejecutivo gallego con las enfermedades raras» y con los pacientes de

unas patologías que cada vez ganan más peso en el debate y las políticas sanitarias públicas. "Tenemos un largo recorrido que comenzó en 2021 con la primera Estrategia", subrayó el conselleiro, que destacó dos hechos a su juicio claves de este periodo: "Por un lado es relevante que tengamos un registro de enfermedades raras con más de 5.200 pacientes y 482 pato-

logías; por el otro, me gustaría resaltar también el desarrollo de diferentes unidades multidisciplinarias, tanto en A Coruña como en Santiago de Compostela y Vigo".

Caamaño agradeció a Fundamed la organización de eventos como este, que contribuyen a la misión fundamental de dar visibilidad a las patologías de baja prevalencia, como la miastenia gravis, la nefropatía por IgA o la hipertensión pulmonar, que fueron las tres enfermedades raras que vertebraron el encuentro con testimonios y experiencias de pacientes, clínicos, farmacia hospitalaria y compañías innovadoras: "Se pone de manifiesto cómo con la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad se puede llegar al éxito, un éxito que luego se puede trasladar a otras comunidades autónomas".

Caamaño culminó la cita con buenas noticias para los pacientes. "Os anuncio que vamos a desarrollar también un proceso asistencial integrado de Hiper-

tensión Pulmonar, una muestra más del compromiso de la Consellería con estas patologías", indicó el conselleiro, quien también tuvo palabras de agradecimiento para todos los profesionales de la sanidad gallega que hacen posible que las medidas contempladas en las distintas Estrategias de Enfermedades Raras se puedan llevar a cabo.

"Quiero agradecer a todos los profesionales del Servicio Gallego de Salud que trabajan en esta Estrategia en Enfermedades Raras y también guardar una mención especial a Fegerec, que está consiguiendo que las Enfermedades Raras sea cada vez un problema menos complicado para nuestro sistema sanitario", manifestó Caamaño, para poner el broche final a la primera cita de 'Enfermedades Raras, Conversaciones Urgentes'.

ACCEDER A LA COBERTURA COMPLETA

"La Estrategia de Galicia es el texto que nos enseña el camino"

ANA SÁNCHEZ CAJA

Santiago de Compostela

Las enfermedades raras representan uno de los mayores desafíos para la organización de los sistemas sanitarios. Alfredo Silva, director general asistencial del Servizo Galego de Saúde, quiso agradecer durante la apertura a Fundamed y a todos los colaboradores por "su implicación, el trabajo y el esfuerzo que hacen en el desarrollo y el trabajo continuo diario de la Estrategia Gallega de Enfermedades Raras".

A continuación, destacó la participación "más efectiva que activa" de la Federación Galega de Enfermedades Raras e Crónicas (FEGEREC) en la Estrategia y agradeció también a Raquel Vázquez Mourelle, subdirectora general de Atención Hospitalaria del Servizo Galego de Saúde, y a todo el equipo de la



De Quiroga y Silva, compartiendo su experiencia en la jornada.

Dirección General de Asistencia Sanitaria al "haber cogido el testigo de la anterior Estrategia y haberla puesto en valor", en referencia al desarrollo de su nueva Estrategia Gallega de Enfermedades Raras 2025-2030.

Para Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, a estas alturas, hablar de la complejidad de su diagnóstico, de la necesidad de establecer circuitos adecuados y de mejorar la

coordinación asistencial exige dar respuestas, compartir experiencias y aprender de las buenas prácticas en otras comunidades autónomas. Ese es el objetivo de este ciclo de presentaciones de estrategias, que, a su juicio, "no podía tener mejor comienzo que con la estrategia llevada a cabo por Galicia". "Aprender de otras experiencias es algo que vemos con bastante frecuencia en Galicia", admitió.



Vázquez, López y Carracedo, durante su intervención en el encuentro.

Las claves del nuevo modelo 'end to end flow' de atención sanitaria

ANA SÁNCHEZ CAJA

Santiago de Compostela

En la presentación de la propia Estrategia participaron Vázquez Mourelle; Carmen López Rodríguez, de la Federación Galega de Enfermedades Raras e Crónicas (FEGEREC); y Ángel Carracedo, coordinador del Grupo de Medicina Genómica de la Universidad de Santiago de Compostela.

En este contexto, Alfredo Silva explicó a Gaceta Médica que

están trabajando para que todos los planes estratégicos y las estrategias asistenciales que se elaboren desde la Consellería de Sanidade sigan un modelo end to end flow.

Según Silva, esto implica que abarquen "todo el proceso de salud de extremo a extremo". A continuación, subrayó que este modelo "supone trabajar en la prevención, en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades".

EERR, conversaciones urgentes

Las demandas frente a la nefropatía por IgA: detección precoz, coordinación y acceso

Uno de los debates puso de relieve los retos y oportunidades en la atención de la patología

ANA SÁNCHEZ CAJA
Santiago de Compostela

La nefropatía por IgA, una enfermedad renal que se produce cuando la IgA permanece estancada en los glomérulos, fue objeto de debate entre profesionales sanitarios, pacientes e industria innovadora en la jornada. Durante el encuentro, los expertos analizaron los principales retos y oportunidades en la atención coordinada de esta patología, incidiendo en aspectos

como el diagnóstico precoz, la innovación terapéutica, las necesidades sociales de las personas que sufren esta patología o la importancia de la coordinación asistencial.

Rafael Rodríguez, presidente de la Asociación de Lucha contra las Enfermedades del Riñón (ALCER) Galicia; María Jesús Castro Vilanova, nefróloga del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra; y Víctor Manuel Sabel, Market Access de CSL conformaron una mesa



Rodríguez, Delgado, Castro y Sabel.

moderada por Enrique Delgado, director editorial de Gaceta Médica y El GlobalFarma, quien destacó que "la enfermedad re-

nal crónica (ERC) constituye ya un problema de salud pública". Sobre la nefropatía por IgA, también señaló que afecta princi-

palmente a adultos jóvenes que son detectados de forma tardía, algo que provoca "fallo renal en tan solo cuatro años y que desemboca en una mediana de supervivencia de unos 11 años desde el diagnóstico".

En el transcurso de la jornada, los participantes de la mesa también trasladaron sus principales peticiones a la Administración. Entre ellas destacaron la mejora del acceso al diagnóstico y a las herramientas farmacológicas que permitan identificar qué pacientes se beneficiarán realmente de los nuevos tratamientos y garantizar así un uso equitativo de los mismos. Asimismo, subrayaron el valor de la colaboración entre los distintos actores que conforman el sistema sanitario.

Los expertos trazan los ejes para mejorar la detección de la hipertensión arterial pulmonar

Los ponentes pidieron más concienciación en AP, trabajo multidisciplinar y formación

ANA SÁNCHEZ CAJA
Santiago de Compostela

Los expertos debatieron sobre los principales retos y avances en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP), haciendo especial hincapié en la coordinación asistencial, el trabajo multidisciplinar, la equidad o la formación.

La HAP es una enfermedad rara y progresiva que plantea importantes retos en su diag-

nóstico y manejo. Se trata de una de las cinco formas de hipertensión pulmonar reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Más del 50% de los casos no tiene una causa identificada, lo que, junto a la inespecificidad de sus síntomas, dificulta su detección y retrasa el inicio del tratamiento. La mesa puso de relieve la importancia del trabajo conjunto entre especialistas y Administración para mejorar la atención a los pacientes que sufren esta enfermedad.



De Quiroga, Marcos, Álvarez, Castro y Moares.

En esta mesa participaron Pedro J. Marcos, jefe de Servicio de Neumología del Área Sanitaria de A Coruña e Cee; María Álvarez

Barredo, cardióloga y coordinadora de la Unidad de Hipertensión Pulmonar del Complejo Hospitalario Universitario de

Santiago; María Castro, neumóloga del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; y Yolanda Moares, jefa de Servicio de Integración Asistencial e Innovación del Servizo Galego de Saúde, todo ello bajo la moderación de De Quiroga.

El propio De Quiroga abrió el encuentro destacando que "el diagnóstico de la HAP suele superar los dos años" y planteó el debate sobre las razones de esta dificultad.

Los participantes coincidieron en la necesidad de reforzar distintos aspectos: impulsar campañas de concienciación en Atención Primaria (AP), establecer redes de trabajo y vías clínicas claras, fomentar el trabajo multidisciplinar y reforzar la formación continua de los clínicos.

Radiografía de la miastenia gravis: "Existen dificultades en la fase inicial del diagnóstico"

Pacientes, clínicos, administración e industria analizaron la situación actual de la patología

ANA SÁNCHEZ CAJA
Santiago de Compostela

La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular poco frecuente que se caracteriza por la fatigabilidad y debilidad de los músculos voluntarios que padecen los pacientes. Se trata de una patología compleja, fluctuante, con un impacto funcional severo y con una nueva era terapéutica en marcha. Por tanto, el diagnóstico precoz, la formación de los profesionales sanitarios,

el refuerzo de la atención multidisciplinar y una mayor atención psicosocial son algunos de los principales retos para mejorar la atención a los pacientes que padecen esta enfermedad en España.

En la jornada, pacientes, clínicos, responsables de farmacia hospitalaria, administración e industria analizaron la situación actual de la enfermedad y los desafíos que quedan por resolver. En concreto, esta mesa contó con la participación de María



Salazar, García, Pena, Gómez, Reboredo, Martínez y Usó.

Pena Caínzos, delegada en Galicia de la Asociación de Miastenia de España (AMES); Tania García Sobrino, neuróloga del

Hospital Clínico Universitario de Santiago; Noemí Martínez López de Castro, jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Área

Sanitaria de Vigo; Silvia Reboredo García, subdirectora General de Farmacia del Servizo Galego de Saúde; y Víctor Usó, Relaciones Externas y Sostenibilidad de UCB Pharma, todo ello bajo la moderación de Sofía Salazar Ramos, directora asociada de Public Affairs de Wecare-u.

Las prioridades para el futuro de la atención a la miastenia gravis, según los ponentes, se centraron en el diagnóstico precoz, garantizar la equidad en los tratamientos y en el proceso asistencial, consolidar modelos de atención integral como el gallego, avanzar hacia una medicina personalizada, medir los resultados en salud y realizar un seguimiento continuo para asegurar que los tratamientos sean efectivos para los pacientes.

"Compartir buenas prácticas": un eje clave para mejorar coberturas vacunales en gripe

Los miembros de GRIPEXPERT destacan la importancia de replicar entre las comunidades autónomas todas aquellas estrategias exitosas frente a la gripe que ayuden a proteger mejor a los más vulnerables



ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La gripe estacional sigue siendo, año tras año, una de las principales causas de carga asistencial evitable en España. Pese a tratarse de una enfermedad prevenible mediante la vacunación, las coberturas actuales permanecen por debajo de los niveles recomendados y no muestran una tendencia consolidada de mejora.

Este es el mensaje central que ha lanzado el grupo GRIPEXPERT tras su último encuentro de trabajo celebrado en Zaragoza, moderado por Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed; en el que se han analizado datos epidemiológicos, impacto sanitario, costes económicos y evolución de las coberturas. El grupo está integrado por José Antonio Navarro Alonso, consultor honorario del Área de Vacunas del Ministerio de Sanidad, Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad Rey Juan Carlos, José Antonio Lluch,

ex responsable de los programas de vacunación de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, Javier Castrodeza, catedrático en la Universidad de Valladolid y jefe de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, José Martínez Olmos, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y Toni Trilla, catedrático y jefe de Medicina Preventiva y Epidemiología en el Hospital Clínic de Barcelona.

Este foro nace con el objetivo de consolidar un Comité Permanente de Gripe en España que permita analizar, debatir y proponer estrategias de prevención frente a la gripe estacional. Su misión es impulsar decisiones basadas en evidencia científica y fomentar la coordinación territorial, especialmente en un contexto marcado por el descenso progresivo de las coberturas tras el repunte observado durante la pandemia de COVID-19.

"La sostenibilidad del sistema sanitario comienza por la prevención", es una de las frases que recoge el consenso de este

grupo de expertos. Y esa prevención pasa, indiscutiblemente, por mejorar las coberturas vacunales.

LA GRIPE: UNA AMENAZA RECURRENTE

Durante la reunión se recordó que la gripe no es una infección banal. A nivel europeo, los informes más recientes del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) confirman que las temporadas 2022-2023, 2023-2024 y 2024-2025 han supuesto un retorno progresivo a dinámicas prepandémicas, con una carga significativa en población mayor y en personas con patologías crónicas.

En España, temporadas especialmente graves han superado las 50.000 hospitalizaciones y los 15.000 fallecimientos asociados. Datos recientes correspondientes a la temporada 2024-2025, reflejan más de 33.000 hospitalizaciones, 1.800 ingresos en unidades de cuidados intensivos y 1.800 falleci-

mientos entre la semana 40 de 2024 y la semana 20 de 2025.

"El patrón epidemiológico es constante: la gripe genera cada año un impacto asistencial significativo y previsible, que tensiona el sistema sanitario durante los meses de mayor circulación viral", recoge, los especialistas.

Pero la carga de la gripe no se limita al aparato respiratorio. La evidencia científica demuestra que la infección gripal multiplica el riesgo de eventos cardiovasculares agudos en la semana posterior a la infección confirmada, incluyendo infarto agudo de miocardio. También se ha asociado con un incremento del riesgo de eventos cerebrovasculares, como el ictus isquémico.

Además, los expertos subrayaron que la vacunación antigripal se asocia a una reducción significativa de estos eventos, ampliando el impacto preventivo más allá de la neumonía o la insuficiencia respiratoria. "No estamos hablando solo de evitar síntomas leves, sino de prevenir complicaciones graves y poten-

cialmente mortales", coincidieron en el encuentro.

COBERTURAS POR DEBAJO DEL 75% RECOMENDADO

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan alcanzar coberturas superiores al 75% en mayores y grupos de riesgo. En España, la Ponencia de Vacunas también mantiene estos objetivos.

Sin embargo, los datos muestran que las cifras actuales están lejos de ese umbral. Según el Sistema de Información de Vacunaciones (SIVAMIN) del Ministerio de Sanidad, en 2023, la cobertura en mayores de 65 años fue del 66,96%, mientras que en 2024 descendió al 59,67%. Entre los profesionales sanitarios, la cobertura fue todavía más baja: del 41,89% en 2023 y del 40,08% en 2024.

Tras el incremento observado durante los primeros años de la pandemia de la COVID-19, las coberturas han mostrado un descenso progresivo en varios grupos poblacionales. En determi-

nadas regiones, se mantienen por debajo del 60%, incluso, cercanas al 50% en algunos colectivos.

Durante el debate, el cate-drático Javier Castrodeza fue especialmente contundente en este aspecto: "Estamos en coberturas vacunales que llegan al 50% en personas, digamos de media. Estamos muy alejados. Son realidades, no andemos con remilgos". En referencia a los últimos datos de Castilla y León, señaló: "Lo único que ha aumentado en mi comunidad es la cobertura en los menores de nueve años, porque se han incluido más grupos de edad. Y esta es la realidad".

Por su parte, Toni Trilla también insistió en que el documento debía reflejar con claridad esa distancia respecto a los objetivos. "Va bien, pero necesita mejorar. Seguimos teniendo tasas de cobertura bajas o alejadas de las deseables y hay que destinar esfuerzos a mejorarlas".

En general, el grupo de expertos coincidió en la necesidad de introducir una referencia explícita a que las coberturas actuales se mantienen alejadas de los niveles recomendados, lo que exige un refuerzo decidido de las estrategias.

LUCES Y SOMBRAS EN LAS COMUNIDADES

El análisis incluyó ejemplos concretos. En Andalucía, durante la campaña 2024-2025 se vacunaron más de 1,7 millones de personas frente a la gripe. En residencias de mayores se alcanzó una cobertura del 88,5%, superando ampliamente el objetivo europeo. Sin embargo, en profesionales sanitarios la cifra fue del 39,6%. Por otro lado, otro ejemplo es Castilla y León, que en la campaña 2025-2026, alcanzó una cobertura en mayores de 65 años que rondó el 51%, mientras que en mayores de 80 años superó el 80%.

Estas diferencias muestran que las estrategias organizativas activas pueden tener impacto directo y medible cuando se focalizan adecuadamente, especialmente en entornos cerrados como residencias.

Antonio Lluch subrayó la importancia de compartir experiencias, algo con lo que todos los expertos estuvieron de acuerdo. "Merecería la pena establecer espacios en los que podamos conocer las buenas prácticas entre unas comunidades y otras. No se trata de inventar todos los días; se puede copiar y puede ser bueno", subrayó Lluch. En esta misma línea, Castrodeza declaró que "las buenas prácticas preventivas o de estrategias de prevención deben estar en el eje de las polí-



José Antonio Navarro

Consultor honorario del Área de Vacunas. Ministerio de Sanidad

"La hospitalización por gripe se puede asociar a deterioro funcional y pérdida de autonomía"



Ángel Gil

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. URJC

"No hablamos de evitar síntomas leves, sino de evitar complicaciones graves o mortales"

ticas regionales que desarrollan las comunidades autónomas para la vacunación de la gripe y del COVID. Yo lo diría así, con esta claridad".

Los expertos recogieron expresamente la necesidad de analizar de forma sistemática las experiencias implementadas, compartir buenas prácticas entre comunidades autónomas y evaluar tanto las intervenciones exitosas como aquellas que no hayan alcanzado los resultados esperados.

EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD

Uno de los puntos centrales del debate fue el impacto económico de la gripe y el papel de la vacunación en la sostenibilidad del sistema.

En Europa, el coste anual de la gripe estacional se ha estimado entre 6.000 y 14.000 millones de euros en costes directos e indirectos, según estudios previos. En España, un análisis de cinco temporadas (2015-2020), publicado en la revista *Human Vaccines & Immunotherapeutics*,

estimó un promedio anual de 29.000 hospitalizaciones, 2.200 ingresos en UCI y 1.600 fallecimientos, con un coste directo aproximado de 128 millones de euros por campaña. Más del 80% de ese coste se concentró en mayores de 45 años.

Sin embargo, durante la reunión los expertos introdujeron un matiz relevante. "En muchas



José Antonio Lluch

Servicio de Promoción de Salud. Conselleria Sanitat Com. Valenciana

"No se trata de inventar todos los días. Se puede copiar aquello que es bueno"



Javier Castrodeza

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Univ. Valladolid

"Las buenas prácticas preventivas han de estar en el eje de las políticas regionales"

ocasiones, tanto para sistemas públicos como para organizaciones privadas, el ahorro económico es un ahorro potencial, es un ahorro 'académico', porque muchos de los gastos son estructurales", señaló Martínez Olmos. Y añadió un ejemplo práctico: "Si yo, en lugar de atender tres personas en una UCI, atiendo a una por este motivo, tengo espacio para otras dos con otros motivos".

Asimismo, Olmos puntualizó que: "La importancia no es tanto lo que se ahorra económicamente, sino que se hace más eficiente para usar mejor los servicios".

Es decir, reducir ingresos por gripe no siempre implica un ahorro inmediato en términos presupuestarios, pero sí mejora el funcionamiento del sistema, libera camas hospitalarias y disminuye la presión sobre las UCI en los momentos de mayor demanda.

En este contexto, el grupo coincidió en que pequeños incrementos de cobertura pueden traducirse en reducciones significativas de hospitalizaciones cada temporada, con el consiguiente impacto organizativo.

EL IMPACTO MENOS VISIBLE

Más allá de las cifras de ingresos y fallecimientos, los expertos también subrayaron un aspecto menos visible pero de enorme relevancia: el impacto



Pepe Martínez Olmos

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y profesor de la EASP

"El ahorro económico es 'académico'; muchos gastos son estructurales"



Antoni Trilla

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Univ. Barcelona

"Hay que dedicar más esfuerzos para mejorar las tasas de cobertura. Necesitan mejorar"

funcional de la gripe en personas mayores.

"La hospitalización por gripe puede asociarse a deterioro funcional, pérdida de autonomía y progresión hacia estados de

fragilidad o dependencia", explicó José Antonio Navarro, que recalcó que "un adulto que entra independiente puede salir dependiente".

Este deterioro funcional no siempre se refleja en los análisis económicos convencionales, pero igualmente tiene unas implicaciones que son estructurales en un contexto de envejecimiento poblacional acelerado. Por este motivo, prevenir hospitalizaciones no solo evita complicaciones agudas, sino que contribuye a preservar la autonomía funcional y a contener el crecimiento del gasto sociosanitario a largo plazo.

En este sentido, los especialistas defendieron que las decisiones en materia de vacunación deben incorporar no solo el impacto económico directo, sino también el sanitario, organizativo y funcional.

CAPTACIÓN ACTIVA Y COORDINACIÓN

En este contexto, el grupo de trabajo GRIPEXPERT estableció varias recomendaciones concretas tras la reunión:

- Situar la mejora de las coberturas vacunales frente a la gripe como eje estratégico de las políticas sanitarias autonómicas.
- Reforzar de manera estructurada las estrategias organizativas activas de captación.
- Integrar la evaluación sistemática del impacto de las campañas con indicadores comparables.
- Compartir de forma organizada y periódica las buenas prácticas entre comunidades autónomas.
- Analizar con transparencia tanto las intervenciones exitosas como aquellas que no hayan alcanzado los resultados previstos.
- Incorporar de forma explícita el impacto sanitario, organizativo y funcional en los procesos de toma de decisiones.

Castrodeza defendió que el grupo debe lanzar un mensaje claro: "Tenemos que llamar contundentemente la atención sobre que estamos bastante alejados de los objetivos que se recomiendan".

En la misma línea, los expertos coincidieron en que mejorar las coberturas no es únicamente una recomendación técnica, sino una medida estratégica para proteger la salud de la población y reforzar la capacidad del Sistema Nacional de Salud ante cada invierno. Porque, como se recordó en la reunión, la gripe seguirá siendo "una carga sanitaria recurrente y previsible". La diferencia estará en la capacidad del sistema para anticiparse.

GONTZAL TAMAYO, viceconsejero de Salud y Transformación Digital de País Vasco

"En muchos casos no se administró la vacuna caducada; el lote estaba mal registrado"

JAVIER ALBERCA LAMAS

Madrid

El viceconsejero de Salud y Transformación Digital de País Vasco, Gontzal Tamayo Medel, es uno de los perfiles técnicos de mayor peso dentro del equipo del consejero Alberto Martínez. También es médico especialista en Anestesiología y Reanimación, cuenta con amplia trayectoria clínica en el Hospital Universitario Cruces y experiencia en planificación sanitaria en el Gobierno Vasco, y combina conocimiento asistencial y visión estratégica en un momento marcado por la presión sobre el sistema y los retos de modernización digital. Su papel, clave en la definición de políticas de salud pública, organización, evaluación y transformación tecnológica, lo sitúa en el núcleo de las decisiones que marcarán el futuro inmediato de la sanidad vasca.

En esta entrevista con Gaceta Médica, el viceconsejero explica cómo respondió la Consejería al caso de las vacunas caducadas, que empezó como una incidencia puntual en un ambulatorio y terminó desvelando un problema más complejo, con tres lotes de vacunas implicados y un componente clave de errores de registro en el sistema de información.

Pregunta. ¿Cómo fue evolucionando la investigación desde que se detectó el primer problema?

Respuesta. El 15 de enero nos llega una incidencia en un ambulatorio de un centro de salud sobre un lote de vacunas hexavalente concreto. Inicialmente, lo que nosotros interpretamos es que se trata de una incidencia en ese centro de salud y que hay 33 pacientes afectados. Muy pocos días después, vemos que la incidencia es probable que afecte a otros centros de salud y a otras organizaciones sanitarias. De este modo, surgen dos incidencias con dos lotes adicionales de dos vacunas diferentes, tetravalente y de triple vírica.

Completamos el estudio sobre dónde se han administrado los tres lotes y en qué caso se habían administrado dosis caducadas. En este punto, nos encontramos que se juntaban dos cuestiones. Por un lado, había casos en los que se había inoculado una vacuna caducada, pero, por otro lado, había casos en los que vimos un



"Una vez que hemos analizado todas las vacunas de 2025, vemos qué incidencia real tenemos de administración de dosis caducadas"

error de registro. Es decir, detectamos que se producen, al ser un código alfanumérico largo, muchos errores en la transcripción manual. También, en muchos casos nos encontramos con que se había arrastrado el lote de una administración previa que se había dado al paciente. A partir de ahí, el escenario ya se nos hace más complejo, porque nos encontramos con que en muchos casos no se administró una vacuna caducada, sino que estaba mal registrada.

P. ¿Qué hicieron después de identificar todos los casos vinculados a esos tres lotes?

R. Una vez que identificamos todos los casos que se han visto afectados por estos tres lotes de

vacunas y discriminamos cuáles son errores de vacunación y cuáles son errores de de de registro, la siguiente pregunta que nosotros nos autoimponemos es: ¿ha podido ocurrir en más lotes?

Ahí es cuando nos comprometemos a revisar todas las vacunas que se han administrado en 2025, y que no son las de la gripe y las de la COVID-19, porque estas son estacionales y diferentes año a año. Concretamente, analizamos 168.841 vacunas y vamos buscando una a una en nuestro sistema de información si hay alguna discordancia entre la fecha de administración y de caducidad que corresponde a cada lote.

P. ¿Cómo orientaron las siguientes decisiones?

R. Queríamos tener una referencia internacional. Era algo que obviamente no esperábamos que pudiese ocurrir en nuestro sistema. Este tiene ocho puntos de control de la caducidad y, dentro de nuestra cabeza, nos parecía que no podría ocurrir que fallasen. Por ese motivo, la siguiente pregunta que nos hacemos dentro es: ¿Somos excepcionales o hay más sistemas sanitarios a los que les ha ocurrido?

También, la siguiente pregunta es: ¿Qué medidas han tomado? Sobre todo, para hacer bench-

marking, no solo para aprender de la experiencia de otros, sino también de las soluciones que han puesto en marcha para ver qué podemos hacer nosotros para reforzar nuestro sistema. Reforzar aún más los ocho puntos de control para que no vuelva a ocurrir en el futuro.

P. ¿Qué encontrasteis una vez realizado el análisis?

R. Lo que nos encontramos en la literatura internacional es que hay, al menos, dos sistemas de salud muy potentes que han hecho intentos de cuantificar el problema: el de Estados Unidos y el del Reino Unido. Con dos abordajes diferentes: en Estados Unidos miden la incidencia de administración de vacunas caducadas con respecto al total de incidentes de seguridad que se generan. Lo hacen en dos estudios, uno entre 2000 y 2013 con más de 20.000 incidentes de seguridad relativos a la administración de vacunas; y otro de 2022 a 2023, con 1.987 incidentes.

En estos dos estudios se llega a la conclusión de que entre el 13% y el 20% de estos incidentes de seguridad se deben a la administración de dosis caducadas. Algo que nos da una dimensión. Además, nos llama la atención que en Estados Unidos la incidencia aumenta con el paso de los años. Es verdad que lo que están midiendo son incidencias de notificación, es decir, lo que no sabemos es si en Estados Unidos cada vez se vacuna más con dosis caducadas o cada vez se comunican más los incidentes de administración de vacunas caducadas.

El siguiente sistema de salud en el que encontramos una referencia es en el NHS del Reino Unido. Este estudio nos parece más interesante, porque hacen un análisis poblacional. Es decir, estudian un número de vacunas que se han administrado concretamente a niños y adolescentes, y analizan cuántas de ellas se han administrado caducadas. Aquí ya no solo están solo los incidentes de seguridad, sino el número total real de vacunas administradas. También, vemos que la incidencia es cambiante en el tiempo. Es un estudio que hacen entre 2013 y 2015, y lo que encuentran es que el primer año (2013) tiene una incidencia de de 170 dosis caducadas por cada 100.000 administradas. Y el segundo año (2015) tienen una inci-

dencia de 250 por cada 100.000.

Aunque es verdad que es una serie temporal muy corta. Siendo solo son dos años, llama la atención que la incidencia aumenta de un año a otro. No disminuye. Algo que parece estar en concordancia con lo que han encontrado en Estados Unidos.

P. ¿Qué resultados obtuvieron tras analizar el conjunto de las vacunas administradas en 2025?

R. Una vez tenemos estos datos, lo que hacemos es referenciarlos. Una vez que hemos analizado todas las vacunas administradas en 2025, estas 168.841 dosis, vemos qué incidencia total real tenemos de administración de dosis caducadas, más allá de los tres lotes que habíamos analizado inicialmente.

Como en nuestro caso se mezclan tanto errores de administración como errores de registro, lo que tenemos es una horquilla. Con los datos confirmados, tenemos una incidencia de 76 dosis caducadas por cada 100.000 administradas. Sin embargo, la horquilla máxima, es decir, si todos los casos que hemos identificado no fuesen errores de registro, es decir, que el error de registro fuese cero, llegaríamos a 160 casos por cada 100.000 dosis administradas.

No obstante, en los tres lotes en los que hemos completado ya totalmente el análisis hemos comprobado uno a uno los casos con los pacientes y parece que el error de registro puede girar en torno al 50% del total. De esta manera, entre esta horquilla de entre 76 y 160 dosis caducadas por cada 100.000 administradas, parece que lo más probable es que nos quedemos en torno a 120.

P. ¿En que os resultó de utilidad la contextualización internacional?

R. Nos ha resultado muy útil para entender lo sucedido. Primero, hemos visto que se trata de un error cuantificable. De un error que han cuantificado otros sistemas sanitarios que tienen una cultura con 'mayor evolución histórica' respecto al registro de errores en los sistemas sanitarios. En los países del sur de Europa, esta cultura se ha ido desarrollando más tardíamente si nos comparamos con países de la órbita anglosajona o nórdica. Allí tienen ya culturas muy bien arraigadas de comunicación y análisis

no punitivo de los incidentes de seguridad.

A nosotros nos ha resultado muy útil y nos gustaría mucho que lo hiciera todo el mundo. Para nosotros ha sido una oportunidad muy triste y muy preocupante, pero también ha sido una oportunidad de aprendizaje tan importante que nos gustaría que se replicase en el resto de sistemas del Sistema Nacional de Salud y de Europa. Sobre todo, para que cuantifiquemos y compartamos experiencias y aprendizajes, porque todos compartimos el objetivo de que esa incidencia descrita tiene que llegar a cero y la mejor manera es medirlo, aceptar las causas y poner medidas correctoras, que es en lo que estamos trabajando.

P. ¿Cuál es la incidencia que maneja la Administración?

R. Confirmados hay un incidencia de 76 por cada 100.000 dosis administradas. Es decir, 76 es el suelo, porque esos son los confirmados. Ahora bien, si el 100% de los casos fueran vacunas caducadas, estaríamos en 160. Sin embargo, vamos a una cifra intermedia porque del total estimamos que haya un porcentaje que sea error, que sean falsos. Por eso, contamos con el suelo (76), el máximo (160) y el más probable (120). En este contexto, hemos obviado el suelo y nos movemos entre el la cifra más probable y el máximo.

P. ¿Cómo habéis analizado 168.841 vacunas?

R. No hemos encontrado ningún sistema que haya hecho un análisis sistemático y masivo de todas las vacunas que ha administrado en un año. Ha sido muy complejo. Ha habido que cruzar, en la historia clínica, la fecha en la que está registrada la administración de la vacuna con el lote que está registrado que se ha administrado y la fecha de caducidad de cada uno de ellos. Ha sido muy complejo porque son números muy elevados.

Además de esa primera extracción de datos, lo que hicimos es confirmarlo uno a uno en los pacientes, contrastándolo con la cartilla en papel. Ello, porque hay un porcentaje de casos que son errores de registro, en los que está mal introducido el lote. Por lo tanto, no es alguien a quien se le ha vacunado mal, sino que es alguien a quien se le ha registrado mal el número del lote. Al comprobarlo en papel o en la cartilla de vacunación donde hay una pegatina testigo del lote que se le ha puesto, comprobamos el número. Es un sistema complejo de cruce de información masiva de tres variables diferentes y, además, la confirmación de este con el registro en papel de cada uno de los pacientes.

P. ¿Qué ocurrió para que hubiera discrepancias en torno a la fecha real de caducidad de ciertas vacunas hexavalentes?

R. Es un error de etiquetado. Cuando un laboratorio farmacéutico comercializa o saca al mercado un lote de vacunas, hace un registro oficial de cuál es la fecha de caducidad de dicho lote. Lo cual, significa que ha sido registrado en una base de datos internacional a la que tienen acceso los organismos regulatorios de cada país. En el caso de España, la AEMPS, y de Europa, la EMA.

Cuando nosotros preguntamos a la AEMPS cuál era la fecha de caducidad, la registrada era de finales de noviembre. Mientras que en el cartón de las vacunas aparecía octubre. Por tanto, para complicar aún más la situación, el laboratorio había etiquetado mal las vacunas y la fecha de caducidad registrada era un mes anterior a la fecha de caducidad real, que es la que está en la base de datos oficial de comercialización de la Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Por eso, la AEMPS nos dijo que las vacunas de noviembre no las consideraríamos caducadas. Nosotros, obviamente, la primera fecha que habíamos tenido en cuenta era la del cartón.

P. Cuando recibís los informes definitivos, ¿Quedó claro como proceder?

R. Una vez que ya recibimos los informes, las posturas quedan claras. La AEMPS lo que dice es que,

con el poco tiempo que ha transcurrido desde que se administra la vacuna hasta que había caducado, todavía tiene capacidad de generar inmunidad. El CAVE, aceptando este criterio, lo que dice es: no tenemos la seguridad de que esa inmunidad se vaya a mantener en el tiempo. Después, concluyen que, dado que hasta hace pocos años administrábamos una dosis adicional de hexavalente, el riesgo de administrar esta es muy baja y ello nos podría permitir asegurar la inmunidad a largo plazo. La postura que nos quedó menos clara fue la del laboratorio, porque dieron una recomendación individualizada.

"Hay 19 casos que hemos confirmado con la cartilla y están avisados, pero hay otros 136 que todavía están en proceso de citación"

Además, no nos dicen en qué criterio se basan. Una vez que tuvimos todos los informes, nos pareció coherente asumir como nuestra la recomendación del CAVE.

P. ¿Cómo empezasteis a planificar la puesta en marcha las 21 medidas?

R. Lo que hicimos

fue revisar qué se había tratado con respecto al tema de vacunación en el Pacto Vasco de Salud. Para nosotros el Pacto Vasco de Salud es un referente absolutamente para todo lo que hacemos. Además, es un documento tan amplio que encuentras respuestas para casi todo y también había para este incidente. Nos planteaba ya algunos retos y algunas acciones. Algo que nos ha servido para armar la estructura de la respuesta.

P. ¿Habéis recogido recomendaciones de los estudios de Reino Unido y Estados Unidos para las 21 medidas anunciadas?

R. La mayor parte de los estudios no entran tan al detalle, pero sí te dan líneas generales. Te mencionan que primero hay que hacer análisis no punitivos. En casi todos los estudios, se llega a la conclusión de que lo que hay que hacer es automatizar, en la medida de lo posible, los procesos. Un ejemplo llevado a nuestro sistema, sería que no haya que registrar manualmente el lote, ya que es un código alfa numérico largo.

Así, lo que estamos promoviendo es digitalizar y automatizar todos los sistemas de control en la medida de lo posible. Para ello, nos hemos basado en nuestro análisis interno, pero también hemos hecho un benchmarking de sistemas de trazabilidad y control de administración de vacunas en Europa (Finlandia, Países Bajos, Alemania...). Varios han decidido automatizar al máximo el proceso.

P. ¿Tiene pensado invertir el País Vasco más aún en vacunación a raíz de este incidente?

R. Nosotros vamos a invertir siempre que haya evidencia identificada que lo soporte. Nuestra política siempre ha sido confiar firmemente en la vacunación. Partimos de la premisa de que es, desde el punto de vista de la salud pública, una de las intervenciones que han demostrado ser más eficaces y más coste-eficaces a la hora de prevenir importantes enfermedades graves.

Si en Europa, y concretamente en País Vasco y en España, tenemos tasas de mortalidad infantil casi despreciables, es decir, muy muy bajas, en gran parte es debido a los programas de vacunación.

P. ¿Cómo ha sido la comunicación con las familias de los afectados?

R. Hemos primado que la comunicación se llevase a cabo por los equipos de Atención Primaria. Intentamos no hacerlo a través de un número de teléfono impersonal, un sistema de SMS... Nos parecía que algo como esto merecía

una atención y una información personalizada. Por ello, la comunicación se ha llevado desde los centros de Atención Primaria, es decir, desde cada pediatra y cada enfermera de pediatría a su tutor. Lo que ellos nos están trasladando de vuelta es que la respuesta ciudadana está siendo excepcionalmente buena. La inmensísima mayoría de las familias, lo que han hecho ha sido agradecer la comunicación, que se haya reconocido el error y que se les haya ofrecido una recomendación una vez que teníamos claro cuál era.

P. ¿Se ha avisado a todos los afectados?

R. Hay un número de afectados que todavía están pendientes de verificación. Aun continúa abierto el proceso en el que se está llamando y citando a pacientes involucrados. Como es lógico, la casuística es enorme llegados a este punto. Hay familias a las que llamas y no te cogen el teléfono a la primera, sino que te lo cogen a la tercera, otras que les hemos pillado de viaje fuera del país y se les ha tenido que citar a la vuelta del viaje. Por ello, todavía hay un proceso abierto.

Hay 19 casos que hemos confirmado físicamente con la cartilla y están avisados, pero hay otros 136 que todavía están en proceso de citación, es decir, que tienen que ir a su centro de salud. Una vez se cierre este proceso y ya sepamos exactamente cuál es el número de personas a las que se va a revacunar, lo comunicaremos.

P. ¿Cómo ha sido la reacción de los sanitarios implicados en la administración de las dosis caducadas?

R. En cada OSI (Organización Sanitaria Integrada) han hecho un análisis interno del incidente de seguridad. Luego, además, hemos creado un Comité de Investigación y de trabajo. Esos grupos de investigación están trabajando precisamente todavía en el análisis de las causas y en la proposición de medidas correctoras. Dentro del Comité hay representantes de todos los estamentos, desde la compra de la vacuna hasta la administración, es decir, representación de todos los profesionales. También hemos incluido representación de pacientes, porque nos interesaba tener su visión externa. De hecho, nos consta que estos últimos están participando muy activamente. De los profesionales de cada OSI, lo que nos consta es que están todos implicados en el proceso de análisis interno, identificación de causas y propuestas.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



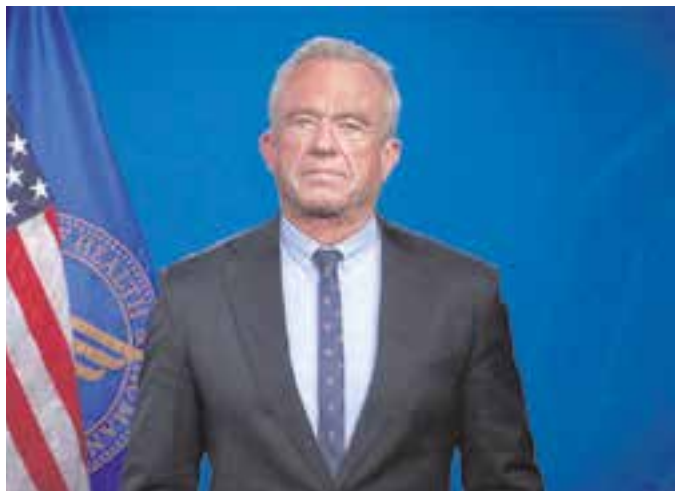
Dos fiscales y 13 estados declaran la guerra a las políticas antivacunas de EEUU

La coalición liderada por la Fiscalía de California y Arizona pide echar atrás el nuevo calendario vacunal propuesto

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

Una coalición de 14 fiscales generales estatales, liderada por el fiscal general de California, Rob Bonta, y el fiscal general de Arizona, Kris Mayes, ha presentado una demanda multiestatal contra la Administración Trump por los cambios "sin precedentes" en el calendario de vacunación infantil de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El movimiento judicial anunciado el 24 de febrero, en el que también figura el gobernador de Pensilvania, apunta directamente al secretario de Salud, Robert F. Kennedy Jr., y al director interino de los CDC, Jay Bhattacharya, además de las propias agencias federales (CDC y HHS).

La querella, registrada ante el Tribunal de Distrito de Estados Unidos para el Distrito Norte de California, impugna un "Memorando de Decisión" fechado el 5 de enero de 2026. Según el comunicado, ese documento eliminó la recomendación universal de siete vacunas infantiles: las destinadas a proteger frente a rotavirus, enfermedad meningocócica, hepatitis A, hepatitis B, influenza, COVID-19 y virus respiratorio sincitial (VSR). Los estados sostienen que el giro regulatorio agravará la carga sanitaria, aumentará la presión sobre recursos estatales y elevará costes, entre ellos el gasto de Medicaid, además de obligar a invertir más en combatir des-



Robert F. Kennedy Jr., secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

"Los ataques de la Administración que lidera Trump a la ciencia son irresponsables y peligrosos"

información y revisar directrices de salud pública.

En paralelo, la demanda también cuestiona lo que la coalición califica como una "sustitución ilegal" del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), el panel federal de expertos que durante décadas ha guiado la política de vacunas en Estados Unidos. El comunicado sostiene que Kennedy había prometido durante su confirmación que no modificaría el ACIP, pero que después destituyó abruptamente a sus 17

miembros y nombró sustitutos sin cumplir, presuntamente, los requisitos de la Ley del Comité Asesor Federal (FACA), incluida la exigencia de que el comité sea "bastante equilibrado" y no esté indebidamente influenciado por intereses particulares.

"Los ataques de la Administración Trump a la ciencia son irresponsables y peligrosos", declaró el fiscal general de California, Rob Bonta, al advertir de un efecto dominó: menor confianza, menores coberturas y más enfermedades infecciosas. Bonta enmarca la demanda como la 59.ª acción legal de su oficina contra la Administración Trump, subrayando que los estados "no pueden quedarse de brazos cruzados" si se ponen vidas en riesgo y se vulneran leyes. El gobernador Gavin Newsom reforzó el mensaje al acusar a la Casa Blanca de impulsar un programa

"imprudente y sin fundamento científico" que "ignora décadas de evidencia" y podría reactivar brotes de enfermedades controladas.

El comunicado aporta un dato clave para dimensionar lo que está en juego: entre los niños nacidos en Estados Unidos entre 1994 y 2023, la vacunación rutinaria habría prevenido aproximadamente 508 millones de casos, 32 millones de hospitalizaciones y más de 1,1 millones de muertes, con un ahorro social estimado de 2,7 billones de dólares. Para los demandantes, este logro está ligado a la credibilidad institucional del ACIP y al calendario basado en evidencia que ha permitido coordinar políticas federales, estatales y decisiones familiares durante décadas.

La coalición solicita al tribunal que declare ilegales el nuevo calendario y los nuevos nombramientos del ACIP, y que ordene prohibir, anular y dejar sin efecto tanto el calendario actualizado como la reconfiguración del comité. Además de California y Arizona, se suman a la demanda los fiscales generales de Colorado, Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Michigan, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Oregón, Rhode Island y Wisconsin, junto al gobernador de Pensilvania.

QUÉ CAMBIÓ EN ENERO

A comienzos de enero, Estados Unidos dio un giro relevante en su política de vacunación infantil. Los CDC actualizaron el

calendario para niños y adolescentes, reduciendo el número de inmunizaciones recomendadas de forma universal y apostando por un modelo más flexible. Ello, alineado, según el propio enfoque comunicado, con el "consenso internacional" entre países desarrollados comparables.

El nuevo calendario sustituyó al vigente a finales de 2024, que recomendaba 17 vacunas para todos los niños. Desde entonces, se mantuvo la recomendación universal frente a 10 enfermedades con consenso internacional (difteria, tétanos, tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo, polio, sarampión, paperas, rubéola y VPH), además de la varicela. El resto pasa a dos vías: vacunación de grupos de alto riesgo o decisiones clínicas compartidas entre profesionales y familias, un cambio que afecta, entre otras, a rotavirus, gripe, COVID-19, hepatitis A y B, VSR y algunas meningocócicas.

Según este planteamiento, el cambio no retiraría vacunas del sistema: todas seguirían disponibles y cubiertas por los seguros de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y por programas como Medicaid y Vaccines for Children, sin coste directo para las familias. Pero para los estados demandantes, la nueva arquitectura y, sobre todo, el modo en que se adoptó, abre la puerta a confusión, incertidumbre y caída de coberturas. Por ello, han elevado el pulso a los tribunales.

Madrid mantiene la protección de mayores de 80 años: 12,5 millones para vacunas de VRS

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

La Comunidad de Madrid invertirá cerca de 12,5 millones de euros en la adquisición de vacunas frente al virus respiratorio sincitial (VRS) para proteger a las personas mayores. El Consejo de Gobierno aprobó la prórroga del contrato que permitirá aplicar por segundo año consecutivo esta medida pionera en España, al mantener la vacunación universal para la población de 80 o más años dentro de su

calendario vacunal a lo largo de toda la vida.

El portavoz del Gobierno regional, Miguel Ángel García, puso en valor en la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno que el contrato mantiene "por segundo año consecutivo esta medida pionera en España". El objetivo de esta iniciativa es prevenir infecciones respiratorias como bronquitis y neumonías, que pueden derivar en complicaciones en este grupo de edad, especialmente entre quienes viven en residencias o

presentan factores de riesgo, como las personas que han recibido algún tipo de trasplante en los últimos años. La Comunidad de Madrid decidió administrar la vacuna frente al VRS en este colectivo tras constatar que en años anteriores representaban el 40% de los ingresos hospitalarios provocados por el virus. Además, según subrayó el portavoz del Gobierno, la medida ya ha mostrado resultados positivos durante el último año.

Desde el inicio de la campaña, en septiembre del pasado

año, se han administrado más de 85.000 dosis a personas de 80 o más años, lo que ha contribuido a evitar brotes de infección por VRS en las residencias de mayores de la región. García señaló que estas cifras reflejan el impacto de la estrategia y ha avanzado que la previsión es superar los 100.000 ciudadanos inmunizados a lo largo de 2026, gracias a la ampliación de crédito aprobada para la compra de estas vacunas.

Esta iniciativa se puso en marcha tras el éxito de la estra-



Elena Andradas, DG de Salud Pública.

tegia de protección frente al virus respiratorio sincitial mediante inmunización pasiva en bebés desde la campaña 2024/25. Desde entonces, los ingresos de lactantes por enfermedades causadas por este agente se redujeron en un 90%.

Lecciones y deberes 6 años después de la declaración de la pandemia de COVID-19

El SNS sigue sin un Plan de Preparación, sin sede para la AESAP, ni el reconocimiento MIR de sus infectólogos

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ

Madrid

Seis años han pasado desde que el mundo se enfrentó a la COVID-19. Lo que comenzó como una alerta lejana en diciembre de 2019 se transformó en la crisis sanitaria más profunda del último siglo, poniendo a prueba las costuras del Sistema Nacional de Salud (SNS). Hoy, con la distancia que otorga el tiempo pero con la urgencia que imponen las nuevas amenazas biológicas, España se encuentra en una encrucijada paradójica. Hemos acumulado un conocimiento científico sin precedentes, pero las reformas estructurales necesarias para blindar el país ante la próxima amenaza siguen atrapadas en la red de la burocracia y la falta de impulso político.

Desde la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), el mensaje es nítido: "no podemos permitirnos el lujo del olvido". Para María Velasco, portavoz de la sociedad, con la que analizaremos lo aprendido pero también los deberes de estos seis años, "la pandemia dejó muchas lecciones. Probablemente la más importante es que las crisis sanitarias globales no son un evento excepcional, sino algo que puede repetirse". Sin embargo, la transición de la lección aprendida a la acción ejecutada está resultando más lenta de lo que la seguridad nacional requiere.

EL "LIMBO" LEGISLATIVO

Uno de los puntos más críticos que enfrenta la sanidad española es la parálisis normativa. El Real Decreto del Plan de Preparación y Respuesta frente a Emergencias Sanitarias continúa pendiente de aprobación, un retraso que genera un vacío de gobernanza preocupante. Para Velasco, esta ausencia de un marco legal consolidado no es un detalle menor, sino "un obstáculo directo para la eficacia del sistema. Sin un marco normativo claro, la preparación frente a emergencias depende demasiado de estructuras provisionales. Esto genera incertidumbre sobre responsabilidades, financiación y coordinación".

La portavoz de la SEIMC insiste en que "contar con reglas del juego previamente acordadas es la única forma de garantizar



que, cuando el virus golpee, la respuesta sea inmediata y no dependa de la voluntad política del momento. Contar con reglas claras y previamente acordadas es fundamental para actuar con rapidez".

Este estancamiento no solo se limita a los planes de respuesta. La creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, que debería ser el corazón técnico de la vigilancia en España, ha vivido un proceso parlamentario tortuoso. Aunque finalmente se logró sacar adelante, el organismo sigue "rodeado de lagunas", incluyendo la indefinición de su sede, cuya decisión se ha postergado hasta agosto. Velasco advierte que "el riesgo no está tanto en los aspectos administrativos como en retrasar su puesta en marcha. Una agencia fuerte y bien definida ayudaría a centralizar la vigilancia, el análisis de riesgos y la respuesta rápida ante crisis sanitarias".

ADVERTENCIA DE EUROPA

El Tribunal de Cuentas de la Unión Europea ha emitido un dictamen reciente que sirve como un jarro de agua fría sobre las expectativas comunitarias. Los auditores europeos han advertido a los Estados miembros sobre la necesidad de reforzar planes, recursos y coordinación para no descuidar la preparación ante futuras crisis sanitarias.

El informe del Tribunal de Cuentas destaca que los objetivos actuales "no son lo suficientemente concretos ni cuentan con un marco temporal definido". La coordinación insti-

"La historia reciente nos ha enseñado que, en mitad de una crisis, la improvisación es un gran enemigo"

tucional sigue siendo el talón de Aquiles; los auditores recalcan que la falta de detalle en cómo trabajarán juntos órganos como la HERA, el ECDC y la protección civil "puede complicar la toma de decisiones rápida en situaciones de crisis".

UN MIR QUE NO LLEGA

Si algo quedó claro durante los meses más duros de la pandemia es que el factor humano es irremplazable. Sin embargo, seis años después, España sigue siendo uno de los pocos países de la UE que no reconoce la especialidad de Enfermedades Infecciosas vía MIR. Para la SEIMC, este "es un deber pendiente que raya en lo incomprensible".

Velasco subraya que "las enfermedades infecciosas son una pieza clave en la preparación frente a pandemias. El infectólogo aporta experiencia clínica directa con pacientes y coordinación con microbiología y con medicina preventiva". Sin un relevo generacional garantizado a través de un sistema de formación reglado, el SNS corre el riesgo de perder el conocimiento crítico acumulado por los exper-

tos que hoy están al borde de la jubilación.

¿HEMOS MEJORADO?

En el ámbito técnico, las noticias son algo más alentadoras, aunque persisten cuellos de botella. "La capacidad diagnóstica de los laboratorios de microbiología ha dado un salto cualitativo. Los laboratorios de microbiología tienen más capacidad diagnóstica y existe mayor experiencia en manejo de patógenos emergentes", afirma Velasco que apunta a que el reto ahora es evitar que los recortes presupuestarios dismantelen las guardias de microbiología 24/7 que se consolidaron durante la pandemia, algo que, desde la SEIMC, consideran vital para detectar amenazas como la *Candida auris* o brotes de dengue antes de que se extiendan.

No obstante, la investigación clínica sigue siendo el gran lastre. "Mientras países como Estados Unidos son capaces de aprobar protocolos de ensayos clínicos en diez días durante una emergencia, en España la burocracia de los comités éticos y los procesos de contratación retrasan los resultados meses o incluso años".

Finalmente, la soberanía sanitaria sigue siendo una asignatura a medio terminar. Se han dado pasos para crear una reserva estratégica nacional "que evite la penosa imagen de mandar aviones a China por mascarillas". El objetivo es contar con un stock estable de medios diagnósticos, vacunas y antivirales para patógenos de alta intensidad.

Velasco reconoce los avances, pero mantiene la cautela, ya que "todavía queda trabajo para consolidar un sistema estable que garantice disponibilidad rápida ante nuevas emergencias".

INTELIGENCIA ARTIFICIAL

La Inteligencia Artificial (IA) se perfila como el gran multiplicador de fuerzas en un sistema donde los recursos humanos son críticos. Según explican desde la SEIMC, "la IA permite hoy discriminar entre falsas alarmas y amenazas reales, sintetizando en apenas diez segundos un volumen de información de redes sociales y bases de datos globales que a un investigador humano le tomaría un año procesar". Iniciativas como H-Radar, en la que participa la sociedad científica, ya utilizan estos algoritmos para detectar patrones y "puntos calientes" de síntomas, como agrupaciones de casos de fiebre o anemia en regiones remotas, antes incluso de que se emita un aviso oficial.

Este despliegue tecnológico no busca sustituir al clínico, sino "dotar de ojos inteligentes a la nueva Agencia Estatal de Salud Pública".

La integración de la IA en la vigilancia epidemiológica permitiría enlazar mensajes automáticos y detectar patrones de transmisión en tiempo real, conectando la microbiología de vanguardia con la toma de decisiones política. Como señalan desde la SEIMC, "la seguridad sanitaria debe ganar relevancia en la agenda política y convertirse en una política estructural".

Otro aspecto clave es la comunicación científica como herramienta de seguridad, haciendo frente a la desinformación mediante portavoces científicos. Además, se ha aprendido que protocolos diseñados para amenazas improbables, como el bioterrorismo o riesgos NRBQ, son extremadamente útiles para gestionar brotes reales y actuales, como ocurrió con el uso de protocolos de viruela clásica para responder rápidamente al brote de mpox en 2022. Pero estos protocolos no son efectivos sin soberanía sanitaria a través de una reserva estratégica.

ACCEDER A LA NOTICIA COMPLETA



Profesión

La foto con el Foro por el Estatuto Marco 'incendia' la segunda huelga médica

Los hospitales vivieron una jornada de huelga entre consultas vacías y facultativos "llegando al límite"

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

En el primer día de la segunda huelga médica nacional en marzo por el conflicto del Estatuto Marco entre médicos y Sanidad parecen marcar posiciones más opuestas. Para medir el pulso del conflicto fuimos al Hospital Universitario Ramón y Cajal en el que la estampa inicial pudo parecer engañosa porque no vimos pancartas tapando las cristaleras, ni carteles reivindicativos en los ascensores, escaleras o salas de espera. El ajetreo de batas blancas, camillas y celadores pareció seguir su curso habitual, pero la procesión iba por dentro.

La huelga se hizo notar en el silencio de las consultas vacías y en los rostros de los pacientes. En la sala de espera de consultas externas, una mujer que acudió dos horas antes de su cita con la esperanza de ser atendida se marchó con un papel de reprogramación en la mano. "Me han hecho venir para nada", lamentó con resignación, reflejando el malestar de cientos de ciudadanos cuyas pruebas y citas fueron canceladas en este primer día de paro.

GUARDIAS DE 24 HORAS

En el interior de los servicios, los médicos que cumplen servicios mínimos explicaron a Gaceta Médica que la protesta superó el ámbito de las mejoras salariales para convertirse en una cuestión de seguridad. José María, cirujano de traumatología, fue tajante al respecto reconociendo que "esto es importante, yo no querría que a mi madre la atendiese un médico que lleva 24 horas de guardia. Para mí, eso es lo fundamental. El Estatuto propio me parece una buena iniciativa, pero lo fundamental es reducir las horas de guardias. Llevamos mucho tiempo con estas condiciones, estamos a punto de llegar al límite".

Este sentimiento de agotamiento es generacional. Dos residentes de segundo año que atendieron a este medio comparten una visión escéptica sobre la deriva de la negociación.



Manifestación de Amyts en frente del Ministerio de Sanidad el primer día de huelga médica de marzo.

"Yo no querría que a mi madre la atendiese un médico que lleva 24 horas de guardia"

"Creo que con el Estatuto Marco se están embarrando de más y se estás saliendo por la tangente", afirmó una de ellas, para las que "el debate técnico se ha visto empañado por la lucha partidista, y lo importante es que mejoren nuestras condiciones laborales, ahora creo que están llegando demasiado al terreno político donde lo utilizan para lanzárselo los unos a los otros".

Además, recalca una demanda histórica que el nuevo texto sigue sin resolver de forma efectiva, afirmando que "solo sé que nosotros seguimos con las guardias de 24 horas y no las cotizamos para la jubilación". Existe, además, una duda razonable sobre la efectividad de un acuerdo nacional en un sistema donde las competencias están transferidas, por lo que afirmaron que "el Estatuto Marco debería cambiarse. Pero son las CCAA las que llevan Sanidad, así que realmente no estoy segura de si habrá algún cambio al final del día".

En el Hospital Universitario La Princesa se escuchó una historia

similar. El ir y venir de pacientes y sanitarios en los ascensores pudo hacer parecer que es un día normal, si no fuera porque en algunas zonas del hospital, como en la sala de espera de los ecocardiogramas, sí se vieron carteles anunciando la huelga: "Semana del 16 al 20 de marzo. Huelga general de médicos, se les volverá a recitar. Gracias". Varios pacientes se encontraron con estos avisos y tuvieron que dar media vuelta.

Los médicos de este centro madrileño coincidieron con los facultativos del Ramón y Cajal: "Estamos agotados", explicó un médico de servicios mínimos a este medio que tiene previsto participar en la huelga estos días. "El mes pasado hice huelga uno de los días de la semana, y esta vez tengo pensado hacer lo mismo". La profesional aseguró que este tipo de movilizaciones son fundamentales: "Conseguir el Estatuto propio es importante para la profesión; así lograremos unas condiciones laborales dignas".

En el propio hospital se escucharon fragmentos de las conversaciones de los profesionales sobre la huelga médica, aunque no todos están a favor. "Llevo mucho tiempo sin apoyar la huelga médica", admitió un cirujano de digestivo. Según explicó, al principio, como ha ocurrido con muchos otros profesionales, estaba de acuerdo con las reivindicaciones: "Cuando salió el primer

borrador, recuerdo enfadarme con muchas cosas: lo poco que se reducía la hora de guardia o la jornada laboral". Ahora, añadió, aunque no cree que el Estatuto Marco sea perfecto, considera que se trata de un acuerdo que beneficia a todos los sanitarios: "Tenemos un capítulo propio donde se eliminan las guardias de 24 horas".

GUERRA DE CARTAS

Esta nueva convocatoria de paros llegó tras unas semanas de máxima tensión institucional entre los sindicatos y Sanidad. La mecha se volvió a encender tras el anuncio del Ministerio de un supuesto acuerdo con el Foro de la Profesión Médica (FPME) para avanzar en la tramitación del Estatuto. Sin embargo, el Comité de Huelga, integrado por la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), el Sindicato Médico Andaluz (SMA), Amyts, el Sindicato Médico de Euskadi (SME), Metges de Catalunya (MC) y O'MEGA, negó tajantemente la existencia de dicho pacto.

En un comunicado conjunto que sirvió de base para las protestas, los sindicatos denunciaron que la intención del departamento de Mónica García es "deslegitimar las demandas de nuestro colectivo y a nuestros representantes, así como fomentar nuestra división". Sostuvieron que un acuerdo real debería ser

un documento formal y público, algo que, según ellos, "no existe, por la sencilla razón de que entre el FPME y el Ministerio de Sanidad no han alcanzado ningún acuerdo". Además, "en caso de existir, carecería de valor jurídico alguno".

Por su parte, la ministra de Sanidad, Mónica García, remite una carta a los representantes sindicales defendiendo que el diálogo es constante y reprochando al Comité mantener la huelga "sin margen de negociación". Según la titular de Sanidad, esta decisión "rompe el principio de buena fe y el propósito del diálogo y de las negociaciones". García también señaló "la ausencia de cualquier alusión a la creación de un estatuto propio para la profesión médica", lo que a su juicio contradice las consignas de las manifestaciones.

Mientras los médicos se manifestaron el primer día de huelga médica con un recorrido entre el Congreso de los Diputados y el Ministerio de Sanidad, el conflicto escala al plano autonómico. La Comunidad de Madrid, a través de su consejera de Sanidad, Fátima Matute, reclamó la retirada "inmediata" del Estatuto Marco, apoyando la idea de un Estatuto propio para los facultativos y criticando que el texto ministerial "ha enfrentado a las distintas categorías profesionales" y carece de viabilidad técnica y económica.

Sin embargo, no hay unanimidad en el sector. Sindicatos como CSIF, que pertenecen al Ámbito de Negociación que llegaron a un acuerdo con Sanidad por el Estatuto Marco el pasado mes de enero, defendió que el anteproyecto del Ministerio sí recoge avances significativos, como la limitación de las guardias a un máximo de 17 horas, la jornada ordinaria de 35 horas semanales para los sanitarios y una nueva clasificación profesional basada en los modelos MECES. Desde CSIF consideraron que la petición de un Estatuto específico para médicos "carecería de recorrido real", ya que su contenido sería similar al que ya se está negociando en el marco general.

El CNIO da "poder de firma" al director científico hasta la elección del nuevo gerente

Fuentes del centro aseguran a Gaceta Médica que auditarán "la gestión entre los años 2011 y 2025"

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El CNIO contará a partir de ahora con Fernando Peláez, director científico en funciones, con "poder de firma". La decisión, adoptada por el Patronato del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), busca dar continuidad a la operativa ordinaria de la institución en un momento de máxima tensión interna y mientras se pone en marcha el proceso para seleccionar a un nuevo director gerente.

La jornada del 9 de marzo estuvo marcada por un cruce de cartas entre la plantilla y el Patronato. Cerca de 400 trabajadores reclamaron por escrito una solución urgente para dotar al centro de una persona con capacidad legal de firma y reclamaron seguir profundizando en el análisis de la gestión. Como respuesta, el órgano de gobernanza, a través de una misiva firmada por su presidenta, Eva Ortega, a la que tuvo acceso Gaceta Médica, reconoció la "delicada situación" del centro, aseguró que está trabajando con la "máxima prioridad" y trasladó un mensaje de confianza a la plantilla.



Según trasladan fuentes del CNIO a Gaceta Médica, el actual director científico del centro explicó un día después a los trabajadores que el Patronato decidió "que Fernando Peláez, actual director científico en funciones del CNIO, tenga poder de firma", lo que permitirá mantener con normalidad "las tareas administrativas cotidianas", como la aprobación de pedidos o el pago de nóminas, aunque "quedan excluidas las grandes contrataciones".

Las mismas fuentes señalan, además, que el Patronato

"empezará ya con el proceso de selección de un nuevo director gerente". Junto a ello, añaden que el órgano rector ha decidido "poner en marcha una auditoría de los contratos de mantenimiento" y "solicitar una auditoría sobre la gestión del centro comprendida entre los años 2011 y 2025, ambos incluidos", además de la auditoría que actualmente realiza el Tribunal de Cuentas.

Por su parte, fuentes sindicales confirman a este medio que "ha habido una reunión de la

plantilla con el director científico", en la que se les ha trasladado que "el Ministerio de Ciencia se ha comprometido a sacar la plaza del nuevo gerente", aunque no habrían especificado "fechas". Estas mismas fuentes apuntan, además, que "hay voluntad de apostar por empresas públicas para llevar a cabo tareas de secretaría, gestión, informática, programación, etc".

Aun así, advierten de que la situación todavía no permite vislumbrar una verdadera "estabilidad", ya que consideran

que sigue existiendo "una situación delicada respecto a las personas que están subcontratadas". En este contexto, añaden que el Patronato del CNIO "no tiene interés de continuar con los servicios de Gedosol S.L.", una de las empresas que figura en la denuncia, a la que ha tenido acceso este periódico, que provocó la apertura de diligencias de investigación por parte de Anticorrupción y que se encuentra presuntamente implicada en la trama.

Por otra parte, fuentes de CSIF subrayan a Gaceta Médica, que este nuevo escenario no modifica su posición. "Vamos a iniciar, en breve, una ronda de contactos con grupos parlamentarios", reiteran tras anunciarlo ayer y conocer hoy las decisiones del Patronato. El sindicato mantiene además en estudio la puesta en marcha de "acciones jurídicas", aunque precisa que cualquier paso se dará primando "la voluntad de la plantilla": "Vamos a intentar canalizar el sentimiento de enfado y de inquietud para velar, en todo momento, por la estabilidad del centro, la excelencia científica y la tranquilidad de las personas que trabajan".

El gerente del CNIO presenta su renuncia tras una acusación de presunto acoso

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

La crisis abierta en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) por un presunto caso de acoso que salpicaba a su gerente, José Manuel Bernabé, ha desembocado en su salida. El 27 de febrero de 2026, el Patronato del CNIO comunicó que había recibido la renuncia del directivo en una sesión extraordinaria.

El movimiento llegó después de que el 26 de febrero trascendiera a través de una información publicada por ABC ese presunto caso de acoso. Y también des-



Bernabé (segundo por la izquierda) renunció como gerente del CNIO.

pues de que el Ministerio de Ciencia elevara la presión pública. En concreto, fuentes del Departamento trasladaron a GM que iban a pedir al Patronato que se procediera al cese del gerente, tras considerar "impropios" los he-

chos para una institución como el CNIO.

La renuncia llegó después de que la ministra de Ciencia, Diana Morant, reiterase la postura de su Ministerio. En el comunicado oficial, el CNIO señala que el ór-

gano "ha quedado informado" de la dimisión, así como de "un escrito firmado por 27 jefes de grupos de investigación" relativo a la gestión del centro. La institución añade que celebrará "una nueva reunión a la mayor brevedad posible" para analizar la situación y el futuro del CNIO.

Horas antes, en una carta a la que ha tenido acceso Gaceta Médica, distintos investigadores del centro han mostrado públicamente su respaldo al gerente. En concreto, recalcan su "total respaldo", defendiendo su "esfuerzo por conseguir una gestión transparente" y denunciando una "campaña de desprestigio".

Esa misma información sitúa el origen del caso en la denuncia vinculada a Laura Muñoz, ex secretaria general del CNIO: ABC publicó que presentó "una queja" ante RRHH por su "situación laboral" y la "solicitud de amparo frente a posibles represalias". En este sentido, este periódico ha tenido acceso a una denuncia que provocó que la Fiscalía Anticorrupción llevara a cabo la apertura de diligencias de investigación contra el centro. En ella, Muñoz figura como ex directora de la Secretaría General desde febrero de 2025 y persona de "máxima confianza" del exgerente Juan Arroyo (cesado el 29 de enero y miembro de la Vicedirección de Asuntos Económicos hasta noviembre), quien quedó sustituido por el ya ex gerente Bernabé el 25 de noviembre.

Enfermería en residencias: sin datos, convenio de hostelería y con solo 99 plazas en el EIR

El CGE presentó un informe con el que alerta de la situación crítica de las enfermeras en este tipo de centros

CLAUDIA VAQUERO REINA

Madrid

La falta de enfermeras en las residencias de mayores compromete la calidad y la seguridad de los cuidados en un contexto de envejecimiento acelerado y creciente complejidad clínica. Esta es la principal conclusión del 'Informe sobre la situación crítica de las enfermeras en las residencias en España', que presentó el Consejo General de Enfermería (CGE) y elaborado por su Instituto Español de Investigación Enfermera, que pone el foco en la precariedad estructural, la ausencia de datos oficiales y la disparidad normativa entre comunidades autónomas.

El informe sitúa el foco en una contradicción estructural difícil de sostener: mientras 356.200 personas mayores viven actualmente en residencias en España, en 2026 solo se han ofertado 99 plazas EIR de Enfermería Geriátrica para todo el país, en un sistema que, además, carece de un registro oficial actualizado sobre cuántas enfermeras trabajan realmente en estos centros. A ello se suma que el sector residencial no se encuadra como sanitario, sino que depende del convenio de hostelería, con salarios base en torno a 1.500 euros y condiciones laborales menos competitivas que en el sistema público.

Durante la presentación, la vicepresidente primera del CGE, Raquel Rodríguez Llanos, fue contundente: "La falta de enfermeras en la residencia de mayores pone en compromiso la atención de quien reside en ella. Nuestra responsabilidad como sociedad es cuidar a las personas mayores y personas dependientes en general. Y la respuesta que estamos dando a esta necesidad de cuidado no es la adecuada".

En un escenario demográfico marcado por el aumento de la población envejecida, advirtió de que "el número de enfermeras no es suficiente. Es deficiente". A esta carencia se suma un déficit estructural de información: "Además, en nuestro país faltan datos respecto al número de enfermeras que trabajan en España y las condiciones laborales de ellas".

En este sentido, reclamó que las soluciones no pueden quedar en el ámbito corporativo: "Por mucho que desde el CGE eviden-



Ayuso, Rodríguez, Martínez y Fontán en la sede histórica del CGE.

ciemos esta realidad y denunciemos la situación de nuestras compañeras, las políticas que cambien esta situación deben venir desde la Administración Sanitaria".

En concreto, exigió al Ministerio de Sanidad "que haga un estudio real de cuántas enfermeras están ejerciendo su profesión en centros de personas mayores" y que se priorice "la contratación de enfermeras especializadas en geriatría y en gerontología", evitando que "otros profesionales sanitarios menos cualificados" asuman cuidados de alta complejidad.

DATOS DEL INFORME

El informe subraya que actualmente residen en centros sociosanitarios 356.200 personas (dato de 2024), distribuidas en 5.188 centros en todo el territorio nacional. La edad media ronda los 86 años, más del 70% son mujeres y existe una altísima prevalencia de discapacidad —en torno al 95%—, además de fragilidad, cronicidad y deterioro cognitivo. Este perfil exige cuidados altamente especializados y continuados en un país que lidera la esperanza de vida en la Unión Europea y que verá incrementarse el porcentaje de mayores de 65 años del 21% actual hasta el 25% en la próxima década.

Guadalupe Fontán, coordinadora del estudio, explicó que el trabajo surge "a demanda de las propias enfermeras que trabajan en el ámbito residencial", preocupadas por la situación asistencial y laboral en las distintas comunidades autónomas. "Ante esta situación piden desde el CGE que pongamos en marcha algún tipo

"En España faltan datos sobre condiciones laborales y número de enfermeras en residencias"

de trabajo, de informe, para poder hacer un análisis de la situación", relató la experta. Sin embargo, advirtió de las limitaciones, ya que afirmó que "no existen datos".

Desde el punto de vista asistencial, defendió que la enfermera es un rol estructural y no complementario. Recordó su papel en la valoración psicosocial integral, la administración de tratamientos cada vez más complejos, la gestión de dispositivos como la oxigenoterapia y la detección precoz de reagudizaciones para evitar hospitalizaciones y deterioro funcional. "Después de cada hospitalización las personas vuelven con una disminución de su capacidad funcional, y eso está evidenciado", subrayó, apuntando también a su función clave en la prevención de caídas, úlceras, sujeciones y otros eventos adversos.

El análisis normativo reveló una fuerte heterogeneidad territorial. Solo nueve comunidades autónomas recogen de forma específica la presencia de enfermeras en residencias, mientras que en otras ocho no se detalla expresamente. Incluso donde existen ratios, estos pueden equivaler a una enfermera por cada 100 residentes, sin garantizar cobertura 24 horas. "Lo llamativo es

que ninguna normativa obliga a que el centro sociosanitario tenga una enfermera al día, al menos las 24 horas", advirtió Fontán, quien abogó por mejorar el marco normativo, crear y consolidar la categoría de especialista en geriatría y equiparar condiciones laborales.

OBJETIVO PRINCIPAL

Rosa Martínez, presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), enmarcó el informe en una reivindicación histórica de la especialidad: "El objetivo principal de este informe es impulsar y orientar la formulación de políticas que reconozcan la necesidad de proteger la presencia de enfermeras en los centros residenciales para personas mayores".

Martínez recalcó que las personas ingresan en residencias con una complejidad creciente y tras agotar los cuidados en domicilio. "No vienen por capricho, sino porque necesitan atenciones especializadas y profesionales y ponen su confianza en las enfermeras que están en las residencias", explicó. Asimismo, defendió que la enfermera especialista en geriatría posee competencias exhaustivas para atender a la persona en su dimensión funcional, psíquica y social, estableciendo un triángulo de confianza entre residente, familia y profesional.

La presidenta de SEEGG recordó que durante la pandemia quedó en evidencia la importancia de la presencia enfermera. "Las enfermeras capitaneamos de qué manera se llevaban a cabo los cuidados", señaló, subrayando su papel en la gestión de agudizaciones y en la coordinación de equipos para dar seguridad a residentes y familias. También alertó de la escasa cobertura nocturna —en muchos casos inexistente— y de la dificultad para atraer y retener profesionales en un sector con salarios base en torno a 1.500 euros mensuales y contratos parciales que obligan a trabajar en varios centros.

"SIN DATOS NO SE AVANZA"

Por su parte, el secretario general del CGE, Diego Ayuso, inició en la dimensión social del problema: "Este problema es un problema social, de todos los ciudadanos, porque todos tenemos familiares en residencias o los tendremos".

A modo de conclusión, Ayuso reiteró que "no existen registros ni datos fiables del número de enfermeras que trabajan en el ámbito de residencias de mayores", pese a tratarse de una especialidad reconocida desde hace 21 años. "Sin datos es difícil avanzar", insistió, reclamando un mapa nacional de situación.

Ayuso también puso el foco en una cuestión estructural que, a su juicio, explica buena parte de la dificultad para atraer y retener talento en el ámbito residencial: "El sector de las residencias de mayores depende de hostelería, no es un sector sanitario", recordó, subrayando que las enfermeras que trabajan en estos centros se rigen por un convenio que no está alineado con la responsabilidad clínica que asumen. Por ello se rigen por el Ministerio de Derechos Sociales y no por el Ministerio de Sanidad. "Con salarios base en torno a 1.500 euros, jornadas más amplias y peores condiciones que en el sistema público, es evidente que las enfermeras no quieren trabajar en residencias", afirmó.

Asimismo, el secretario general del CGE calificó de "especialmente grave" que una de las seis especialidades reconocidas no cuente con un registro claro de profesionales en activo en el ámbito residencial. Al igual que Fontán, recordó que en 2026 solo se ofertaron 99 plazas EIR en geriatría para todo el país y que hay comunidades autónomas sin categoría profesional ni unidad docente acreditada. "Hemos visto la pirámide poblacional y cada vez tenemos más personas mayores. ¿Por qué no acercamos el foco a las verdaderas necesidades asistenciales?", cuestionó.

Además, Ayuso defendió que la dirección y coordinación de los centros sociosanitarios debe "pivotar en las enfermeras especialistas en geriatría", profesionales con cuatro años de formación universitaria y dos de especialización. También el secretario general reclamó una mejor coordinación entre consejerías de sanidad y servicios sociales para evitar que la falta de enfermeras derive en la sustitución por perfiles con menor cualificación. "Los mayores se merecen la mayor calidad asistencial que podamos ofrecer", incidió Ayuso, instando a convertir el informe en un punto de inflexión para el sistema residencial español.

REPUTACIÓN CORPORATIVA

Aportando valor en salud



RSC^{N115}

Primera Plana

Líder en igualdad de género

La industria farmacéutica, el sector con menor brecha salarial

La industria se consolida como una referente en igualdad e impulso del talento femenino

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

Con motivo del Día Internacional de la Mujer, que se celebra cada 8 de marzo, la industria farmacéutica se consolida como referente de igualdad e impulso del talento femenino en España. Según datos aportados por Farmaindustria, en la actualidad es el sector con menor brecha salarial entre hombres y mujeres. En la industria farmacéutica innovadora, las mujeres suponen ya el 56,1% de las plantillas, más del doble que la media de los sectores industriales; representan el 45,2% en los comités de dirección, y casi el 25% en las direcciones generales. En los puestos directivos, estas cifras superan en más del doble y el triple a las de las compañías que conforman el IBEX 35 (7%).

Para llegar hasta aquí, las compañías del sector han desarrollado desde hace años políticas de igualdad y diversidad, de compromiso con la flexibilidad y la conciliación y programas específicos para fomentar el talento femenino. Un documento que analizó la diversidad de género en 2022 en el sector farmacéutico recoge que la igualdad de oportunidades destaca como uno de los elementos más valorados por las trabajadoras del sector, que puntúan con un ocho sobre, ligeramente mejor que en 2021 (7,9).

Sin embargo, la industria no solo destaca por su compromiso social. El informe 'Sostenibilidad en cifras: impacto social y medioambiental de la industria farmacéutica', elaborado por la patronal de la industria farmacéutica española, des-



taca el impacto del sector en medioambiente y gobernanza ética.

En primer lugar, entre los datos más destacados en cuanto a cuidado del medioambiente transición ecológica se refiere, el documento recoge que las compañías avanzan hacia modelos de producción más eficientes, circulares y bajos en carbono, donde la innovación científica y la gestión responsable de los recursos naturales actúan como motores de transformación. De hecho, el 82% de ellas ya cuentan con estrategias de economía circular. Seguidamente, una encuesta llevada a cabo por la patronal entre sus asociados recoge que más de la mitad utiliza materiales reciclables o certificados con sello FSC y cerca del 50% declara contar con objetivos de residuo cero,

Las mujeres suponen ya el 56,1% de las plantillas en el sector de la industria farmacéutica innovadora

apoyándose especialmente en el ecodiseño de productos, la recuperación y sustitución de disolventes por alternativas más sostenibles y el uso de métricas como el Process Mass Intensity (PMI) o el Potencial de Calentamiento Global (PCG).

Asimismo, el impulso de SIGRE permite cerrar el ciclo de vida de los envases y medicamentos, evitando que se conviertan en residuos y

promoviendo su valorización. En el marco de los Planes Empresariales de Prevención y Ecodiseño (PEPE), las compañías farmacéuticas han logrado reducir en más de un 25% el peso medio de los envases comercializados y aumentar el uso de materiales reciclados y reciclables, impulsando así un rediseño estructural del packaging de los medicamentos. El nuevo PEPE 2024-2028 refuerza este compromiso con metas adicionales de reducción de peso y mejora de reciclabilidad, alineadas con los objetivos del Reglamento Europeo de Envases (PPWR).

Durante 2024, el documento muestra que se llevaron a cabo 279 iniciativas de mejora medioambiental, que se tradujeron en la comercialización de 59 millones de nuevos envases farmacéuticos con algún tipo de mejora ecoló-

gica y en el ahorro de 298 toneladas de materiales. Estas acciones consolidan a SIGRE como una de las principales plataformas de innovación y colaboración sectorial en materia de economía circular y evidencian el compromiso del sector con la prevención y el ecodiseño como pilares de su estrategia ambiental.

En el aspecto de gobernanza y transparencia, el buen gobierno se ha consolidado como uno de los pilares estratégicos de la industria farmacéutica en España. En un sector tan sensible y regulado como el del medicamento, contar con mecanismos sólidos de ética, transparencia y autorregulación es esencial para preservar la legitimidad social, reforzar la confianza y asegurar la sostenibilidad a largo plazo. El sector se ha anticipado a las demandas sociales, desarrollando un modelo de buenas prácticas que va más allá de la ley y lo ha convertido en un referente nacional e internacional en integridad corporativa.

El paso decisivo fue la creación en 2002 de un Sistema de Autorregulación propio, que se materializa en el Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Este sistema se apoya en una estructura robusta de prevención, supervisión y control orientada a garantizar el cumplimiento efectivo del Código y a la resolución transparente de posibles conflictos. En este marco, la Unidad de Supervisión Deontológica (USD) desempeña un papel esencial al velar por la correcta aplicación de las normas, asesorar a las compañías y a canalizar las incidencias hacia los órganos competentes.

Actualidad

Bienestar

Laboratorios Viñas, con la autoestima de los pacientes con cáncer

La compañía apoya junto a la Fundación Stanpa el programa “Ponte guapa, te sentirás mejor”

La Fundación Stanpa es una organización sin ánimo de lucro, promovida por Stanpa (Asociación Nacional de Perfumería y Cosmética), cuyo principal objetivo es ayudar a las personas a través del cuidado personal y el maquillaje durante el tratamiento oncológico para recuperar la autoestima y mejorar su bienestar personal. Esta fundación está formada por 39 empresas de la industria cosmética y del autocuidado y cuenta con el apoyo de Stanpa dentro de su patronato. Está actualmente presente en una red de 81 hospitales públicos de toda la geografía española y ha sido reconocida de interés general por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Laboratorios Viñas es una de las empresas colaboradoras de la Fundación Stanpa desde mediados de 2024. Participa en el programa internacional que en España se denomina “Ponte guapa, te sentirás mejor”, una iniciativa solidaria 360° que se basa en talleres y sesiones formativas para promover el bienestar de las personas que padecen cáncer a través del autocuidado.

Esta iniciativa es fundamental para esta fundación y dedica su energía a apoyar a personas en tratamiento contra el cáncer, ayudándolas a mejorar su propia imagen, recuperar la autoestima y llevar adelante su lucha contra esta enfermedad con mayor confianza.

En palabras de María Muñoz, directora de programas de la Fundación Stanpa, “esta iniciativa refleja el compromiso de la Fundación con la humanización de la atención sanitaria y con el impacto positivo que el cuidado personal puede tener en la confianza y la calidad de vida de los pacientes”.



Es un programa gratuito, no médico e imparcial respecto a las marcas y productos utilizados sin ánimo promocional ni publicitario. Los talleres se llevan a cabo por voluntarias y, durante las sesiones, las pacientes practican todos los consejos con productos donados por los más de 30 fabricantes de cosméticos, patronos y colaboradores de la Fundación Stanpa, que componen un completo neceser solidario, entre los cuales se encuentra Laboratorios Viñas.

Durante el tratamiento oncológico, la piel sufre diferentes trastornos como sensibilidad, fotosensibilidad, manchas en la piel o un aumento de la sequedad. Con el programa “Ponte guapa, te sentirás mejor” se ofrece a las personas en tratamiento contra el cáncer, una formación práctica sobre el Cuidado de la Piel y Maquillaje para ayudar a recuperar un aspecto natural y saludable que favorezca la recuperación de su confianza y autoestima.

Para ello, Laboratorios Viñas ha aportado productos de la marca Belcils, su gama especialista en el cuidado y

Laboratorios Viñas ha aportado productos de la marca Belcils y de Emolienta uñas

belleza de los ojos sensibles, como su desmaquillante de ojos, máscara de pestañas o el lápiz bicolor para cejas. Todos ellos adecuados para unos ojos delicados. También ha facilitado unidades de Emolienta uñas.

Decálogo de cosmética

En España esta iniciativa se lleva a cabo en hospitales públicos a través de talleres destinados a grupos de mujeres. Estos talleres cuentan con la colaboración de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos y voluntarios de la Asociación Española Contra el Cáncer) y están dirigidos por voluntarios profesionales de la belleza que guían a las pacientes. El cuidado personal y los pro-

blemas físicos que inciden en su aspecto, asociados frecuentemente al tratamiento oncológico, son algunas de las dudas que llegan a menudo a la consulta del especialista.

En base a su conocimiento y experiencia, la Fundación Stanpa junto con la conformidad de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) y la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) han preparado un documento cuya finalidad es facilitar al oncólogo, al dermatólogo y a los enfermeros oncológicos, respuestas sencillas y rápidas que favorezcan la calidad de vida de sus pacientes ayudando, además, a fortalecer sus vínculos de confianza con el paciente:

Decálogo de cosmética para profesionales sanitarios

Incluye un listado de preguntas frecuentes de los pacientes en relación con estos temas con la respuesta que, de forma sencilla y rápida, puede ofrecerles su oncólogo, dermatólogo o enfermero oncológico:

- #1 ¿Debo cuidar la piel durante el tratamiento?
- #2 ¿Es necesario utilizar productos cosméticos oncológicos o productos naturales para el cuidado de la piel evitando el uso de químicos como los parabenos?
- #3 ¿Cómo puedo eliminar las manchas que han aparecido en la piel?
- #4 ¿Cómo debo cuidar el cuero cabelludo cuando no tengo pelo?
- #5 ¿Cuándo puedo volver a teñirme el pelo?
- #6 ¿Puedo hacerme la manicura?
- #7 Frente a la pérdida de cejas y pestañas, ¿puedo tatuarme o utilizar postizos?
- #8 ¿Puedo usar desodorante durante el tratamiento? ¿Debo evitar los que contengan sales de aluminio?
- #9 ¿Puedo usar cualquier crema de protección solar? ¿Los filtros físicos o pantalla son más seguros?
- #10 ¿Podría utilizar cremas antienvjecimiento, rejuvenecedoras o iluminadoras? ¿Exfoliantes y mascarillas?

Descarbonización

El ejercicio físico y las dietas sanas generan beneficios climáticos

Reorganizar la atención sanitaria disminuiría hasta un 25% las emisiones hospitalarias

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Los sistemas sanitarios de los países de la OCDE, responsables de alrededor del 4,4% de las emisiones totales de gases de efecto invernadero, pueden adoptar medidas concretas para disminuir su huella de carbono sin comprometer la calidad de la atención. El informe Decarbonising Health Systems Across OECD Countries identifica varias estrategias efectivas para lograrlo.

Una de las prioridades es mejorar la eficiencia energética de los hospitales, que concentran cerca del 30% de las emisiones del sector. Esto incluye electrificar sistemas de climatización, adoptar energías renovables y optimizar el uso del equipamiento médico. Asimismo, la reorganización de la atención sanitaria, mediante la reducción de ingresos hospitalarios evitables y el fortalecimiento de la atención primaria y ambulatoria, podría disminuir hasta un 25% las emisiones hospitalarias en los países de la OCDE.

Según el análisis, en 2018 las emisiones vinculadas al consumo de bienes y servicios sanitarios en los países de la OCDE alcanzaron cerca de 963 millones de toneladas de CO₂ equivalente, una cifra que supera las emisiones totales de algunos países industrializados.

El estudio subraya que los sistemas sanitarios desempeñan un papel paradójico: mientras su objetivo es proteger la salud de la población, también contribuyen al cambio climático, uno de los mayores riesgos para la salud global en las próximas décadas. Por ello, la OCDE considera que la descarbonización del sector sanitario debe convertirse en una prioridad para los sistemas de salud.



Reducir los ingresos evitables y reforzar la Atención Primaria disminuiría las emisiones

Diferencias entre países

El informe revela que el impacto climático de la atención sanitaria varía notablemente entre países de la OCDE. En promedio, el consumo de servicios sanitarios genera alrededor de 523 kilogramos de CO₂ equivalente por persona al año.

Sin embargo, estas cifras dependen de múltiples factores, como el nivel de gasto sanitario, la organización del sistema de salud, el uso de tecnología médica o la eficiencia energética de los centros sanitarios.

En este contexto, España destaca como uno de los países que logra buenos resultados de salud con una huella de carbono relativamente moderada en su sistema sanitario. El informe sitúa al país entre el grupo de sistemas que alcanzan una esperanza de vida superior a la media de la OCDE con emi-

siones sanitarias por habitante inferiores al promedio, lo que indica que es posible combinar resultados sanitarios positivos con un menor impacto ambiental. Este grupo de países demuestra, según la OCDE, que la eficiencia del sistema sanitario y la orientación hacia la prevención pueden contribuir simultáneamente a mejorar la salud y reducir las emisiones.

Los hospitales en el foco

Uno de los hallazgos más relevantes del informe es que los hospitales concentran una gran parte del impacto climático del sector sanitario.

En concreto, alrededor del 30% de las emisiones de los sistemas sanitarios procede de los hospitales, debido principalmente al elevado consumo energético, la utilización intensiva de equipamiento médico y la complejidad de los servicios hospitalarios.

La OCDE señala que existen múltiples oportunidades para reducir estas emisiones. Entre ellas destacan la mejora de la eficiencia energética de los edificios hospitalarios, la electrificación de los sistemas de climatización y la adopción de energías renovables.

Además, el informe subraya que la reorganización de la atención sanitaria puede tener un impacto significa-

tivo en la huella de carbono. Reducir los ingresos hospitalarios evitables, reforzar la atención primaria o fomentar modelos de atención ambulatoria podrían disminuir considerablemente las emisiones asociadas a la hospitalización.

La cadena de suministro

Otro aspecto clave es que la mayor parte de las emisiones del sector sanitario no se generan dentro de los hospitales o centros de salud, sino a lo largo de la cadena de suministro.

Según el informe, casi el 79% de las emisiones del sistema sanitario procede de la producción, transporte y eliminación de bienes y servicios sanitarios, incluidos medicamentos, dispositivos médicos, equipos hospitalarios y materiales de un solo uso.

Aproximadamente la mitad de estas emisiones se produce fuera del país donde se consumen los servicios sanitarios, debido a la internacionalización de las cadenas de suministro farmacéuticas y tecnológicas.

Este fenómeno plantea importantes desafíos para la descarbonización del sector, ya que las medidas nacionales solo pueden abordar una parte del problema. La OCDE apunta que será necesario reforzar la cooperación

internacional y mejorar la transparencia sobre la huella de carbono de los productos sanitarios.

El caso de los medicamentos

Dentro de la cadena de suministro, el informe destaca el impacto de los medicamentos y productos sanitarios, que representan cerca del 26% de las emisiones del sistema sanitario. Algunos productos presentan una huella climática especialmente elevada. Entre los ejemplos citados se encuentran determinados gases anestésicos, como el desflurano, cuyo potencial de calentamiento global es muy superior al de otras alternativas.

También se mencionan los inhaladores utilizados para tratar enfermedades respiratorias, especialmente los inhaladores presurizados con propulsor, que generan más emisiones que otras opciones terapéuticas como los inhaladores de polvo seco. La OCDE considera que la sustitución de estos productos por alternativas con menor impacto ambiental podría reducir las emisiones sin comprometer la calidad de la atención sanitaria.

Prevención como estrategia

El informe destaca el potencial de las políticas de prevención para contribuir a la reducción de emisiones. Factores de riesgo como las dietas poco saludables, el sedentarismo o la dependencia del coche no solo aumentan la carga de enfermedades crónicas, también están asociados a patrones de producción y consumo con altas emisiones. Según estimaciones, estos cambios podrían evitar hasta 304 millones de toneladas de CO₂ equivalente al año en los países de la organización, además de prevenir alrededor de 27.000 muertes prematuras por cáncer anuales.

Gestión del agua

El agua, eje clave para la resiliencia y el crecimiento sostenible de MSD

Alineada con el ODS 6, la compañía mitiga su impacto hídrico y preserva ecosistemas

El acceso al agua potable y al saneamiento es un derecho humano básico reconocido por Naciones Unidas y un pilar esencial para la salud pública. En el marco del Día Mundial del Agua, que se celebra cada 22 de marzo, MSD refuerza su compromiso con la gestión responsable y sostenible de este recurso crítico tanto para la sociedad como para el desarrollo de su actividad científica e industrial.

“El agua está en el centro del desarrollo sostenible y es fundamental para la salud, los ecosistemas y la supervivencia humana”, subraya la compañía en su posicionamiento público en materia de *Water Stewardship*. Como empresa biofarmacéutica global, el agua es un recurso clave para la investigación, el descubrimiento y la producción de medicamentos y vacunas.

Estrategia alineada con los ODS

Consciente de la importancia estratégica del recurso hídrico, MSD ha desarrollado una estrategia global de gestión del agua alineada con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 6 —Agua limpia y saneamiento—, uno de los ocho ODS que la compañía ha priorizado por su estrecha vinculación con su misión de salvar y mejorar vidas.

Además, ha suscrito el *UN CEO Water Mandate*, un compromiso público que promueve la adopción de un enfoque integral en la gestión del agua y que implica colaboración con gobiernos, agencias de Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y comunidades locales para abordar los desafíos globales relacionados con este recurso.

Este enfoque conecta también con el trabajo del Consejo Empresarial Español para el Desarrollo Sostenible, que en su última sesión ejecutiva



anual —presidida honoríficamente por Felipe VI— ha situado el agua en el centro de la agenda estratégica empresarial. En ese encuentro, que contó con la participación de Jessika Roswall, se presentó la ‘Guía para CEO: El agua en el centro de la estrategia’, un documento que refuerza el papel de la alta dirección en la integración de una gestión hídrica sostenible alineada con la resiliencia y la competitividad.

En este contexto, la estrategia de MSD se basa en cuatro grandes pilares: garantizar que sus vertidos de aguas residuales cumplen con las normativas locales y nacionales y con estándares internos más exigentes; comprender y controlar su huella hídrica operativa; gestionar los riesgos asociados al agua en sus instalaciones y en su cadena de suministro; y reportar públicamente su desempeño y objetivos.

Desvincular el consumo de agua del crecimiento

Uno de los principales compromisos de la compañía es desacoplar el consumo de agua del crecimiento del negocio. Su objetivo es mantener el uso de agua en niveles iguales o inferiores a los de

MSD integra criterios de eficiencia hídrica desde la fase de diseño de los procesos productivos

2015 hasta 2025, incluso en un contexto en el que la producción de medicamentos biológicos —que requieren mayor volumen de agua que otros procesos farmacéuticos— sigue aumentando.

Para lograrlo, MSD está integrando criterios de eficiencia hídrica desde la fase de diseño de los procesos productivos. A través de iniciativas de *Green & Sustainable Science* en sus laboratorios de investigación, la compañía desarrolla procesos que utilizan menos agua y materias primas.

Entre las medidas implementadas destacan la optimización de sistemas de refrigeración, la recuperación y reutilización de aguas para usos no potables, la mejora de sistemas de purificación y la incorporación de equipos de un solo uso en determinadas operaciones para reducir

el consumo destinado a limpieza. Para asegurar una mejora continua y homogénea a escala global, la compañía ha desarrollado un *Water Conservation Playbook*, una guía interna que orienta los proyectos de conservación en todos sus centros.

El agua es un recurso compartido cuya disponibilidad varía según la ubicación geográfica y las condiciones climáticas. Por ello, la evaluación del riesgo hídrico también forma parte de la práctica estándar de negocio de MSD.

La compañía utiliza la herramienta *Aqueduct Water Risk Atlas del World Resources Institute* para mapear el estrés hídrico de las cuencas donde opera. En 2024, varias de sus instalaciones fueron identificadas en zonas con niveles elevados de estrés hídrico, lo que ha llevado a reforzar planes específicos de conservación en aquellos centros con mayor consumo. Este enfoque permite adaptar la estrategia a las condiciones cambiantes de cada cuenca y anticipar posibles impactos derivados del cambio climático.

Calidad del agua, cadena de valor y transparencia

Más allá del volumen de agua utilizada, MSD pone

especial foco en la calidad de los vertidos. Todas sus instalaciones deben cumplir con los requisitos regulatorios aplicables y aplicar estándares internos incluso cuando la normativa local no lo exija.

La compañía cuenta con un programa interno de *Environmental Quality Criteria* que evalúa el posible impacto de los vertidos en la salud humana y en los ecosistemas acuáticos, estableciendo controles específicos sobre la presencia de principios activos farmacéuticos antes de su descarga. Cuando es necesario, se implementan tecnologías avanzadas de tratamiento para garantizar el cumplimiento de la regulación y de los estándares internos.

Además, como miembro de la *AMR Alliance* y firmante de la hoja de ruta de la industria para combatir la resistencia antimicrobiana, MSD aplica estándares de fabricación de antibióticos orientados a reducir la presencia de residuos en aguas residuales y reforzar la transparencia en la cadena de suministro.

Precisamente la implicación de proveedores es otro eje clave, dado que una parte significativa del consumo hídrico se concentra en la cadena de valor. Su Código de Conducta para Socios Comerciales exige la conservación de recursos naturales y la implantación de sistemas de medición y mejora continua.

En línea con el llamamiento del Consejo empresarial a considerar el agua como un factor estratégico de competitividad, comprender su materialidad como fuente de riesgos y oportunidades y fomentar la colaboración público-privada, MSD reporta públicamente su desempeño a través de su *Impact Report* anual y su comunicación al CDP, reforzando la transparencia y la rendición de cuentas ante sus grupos de interés.

Actualidad

Compromiso con la sostenibilidad

La IFPMA apoya la primera norma para medir la huella ambiental de los fármacos

Su objetivo es aportar claridad metodológica y generar conocimiento útil

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

La patronal de la industria farmacéutica mundial, IFPMA, valoró positivamente la publicación de la nueva norma internacional PAS 2090:2025 – Productos Farmacéuticos: Reglas de Categoría de Producto para Evaluaciones del Ciclo de Vida Ambiental, a la que consideró un paso clave hacia la armonización de los criterios para medir el impacto ambiental de los medicamentos.

La especificación PAS 2090:2025 constituye el primer marco internacional diseñado para medir y comunicar de forma estandarizada el impacto ambiental de los productos farmacéuticos a lo largo de todo su ciclo de vida. Su objetivo es aportar claridad metodológica y generar conocimiento útil que permita a las compañías

mejorar su desempeño ambiental.

El estándar fue desarrollado mediante un proceso independiente y de consenso multiactor liderado por la British Standards Institution, con el patrocinio de NHS England, la Office for Life Sciences y el Pharmaceutical LCA Consortium. En el proceso también participaron la Sustainable Markets Initiative a través de su Health Systems Task Force y el Pharmaceutical Environment Group.

La armonización como prioridad

Desde la IFPMA advirtieron que "la proliferación de requisitos nacionales u organizacionales en materia de evaluación del ciclo de vida (LCA, por sus siglas en inglés) podría generar normas superpuestas o incluso contradictorias". Esto aumentaría la complejidad de las cadenas de suministro globales y desviaría recursos



El estándar ha sido desarrollado mediante un proceso liderado por la British Standards Institution

que hoy se destinan al acceso de los pacientes y a la innovación, con el riesgo de ralentizar la llegada de productos sanitarios esenciales.

Por ello, subrayaron que "cualquier actor que estudie desarrollar nuevas metodologías debería analizar primero si los marcos existentes —como PAS 2090— ya responden a sus necesidades". En caso de crear nuevos en-

foques, consideran fundamental que no excedan los requisitos establecidos por esta norma, al tratarse de un estándar robusto elaborado con amplia consulta técnica.

A continuación, la IFPMA animó a gobiernos, organizaciones internacionales y organismos técnicos a avanzar hacia sistemas de evaluación ambiental alineados globalmente, basados en la evidencia científica y viables en la práctica. La coherencia regulatoria entre jurisdicciones, señalaron, permitirá que los objetivos de sostenibilidad progresen de forma paralela al acceso oportuno a medicamentos y vacunas.

La organización concluyó reiterando su compromiso de mantener un diálogo constructivo con socios de todo el mundo para impulsar soluciones que combinen responsabilidad ambiental y viabilidad operativa en los sistemas sanitarios.

KITS QUIRÚRGICOS ESPECIALIZADOS

Galicia transformará sus hospitales en centros de economía circular con el proyecto Reheal

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

El sector sanitario se enfrenta a un desafío mayúsculo: mantener la excelencia asistencial y la seguridad del paciente mientras reduce su huella ambiental. En este escenario, el Consello da Xunta analizó un informe sobre la participación de Galicia en el proyecto Reheal (Reverse Healthcare Supply Chains for Circular Economy), una iniciativa estratégica que cuenta con un presupuesto superior a los 7,3 millones de euros, financiados íntegramente por la



Unión Europea a través del prestigioso programa Horizon Europe PCP.

El proyecto Reheal es un esfuerzo internacional coordinado liderado por la Universidad de Edimburgo y en el que participan socios de primer nivel procedentes de Dinamarca, Polonia, Grecia y Bélgica.

La participación gallega permitirá la implantación de soluciones pioneras que se centran en las necesidades reales de los profesionales y los pacientes. Inicialmente, la validación de estas innovaciones se centralizará en el Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos, con la ambiciosa meta

de extender posteriormente todas las soluciones exitosas al resto del sistema sanitario.

El reto de los quirófanos

Para entender la necesidad de este proyecto, basta con mirar dentro de un quirófano. Actualmente, se utilizan kits quirúrgicos de un solo uso y cualquier material que quede en la caja sin ser utilizado debe desecharse.

Reheal busca desarrollar herramientas digitales y logísticas para determinar con precisión qué debe contener cada kit según el tipo de operación. Así, se logrará una reducción drástica de residuos sanitarios, un descenso en

las emisiones asociadas a las complejas cadenas de suministro, un ahorro económico significativo.

Resiliencia y seguridad

Al asegurar el abastecimiento de productos esenciales, se protege directamente al paciente y se garantiza la continuidad asistencial, incluso en contextos de crisis global. Además, la validación de estas soluciones en entornos reales asegura que la experiencia del usuario sea más satisfactoria y que las innovaciones respondan a lo que médicos y enfermeros demandan en su día a día.

El motor financiero de esta transformación será una licitación conjunta a nivel europeo mediante la modalidad de compra pública precomercial, valorada en 3,5 millones de euros. Con este paso.

Actualidad

Refuerza el enfoque One Health

Menos contaminación, mejor salud mental: así contribuye SIGRE

La correcta gestión ambiental de los residuos de medicamentos protege el entorno

La contaminación ambiental probablemente contribuye a una variedad de problemas de salud mental.

Esa es una de las conclusiones que refuerza la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) en su reciente informe sobre contaminación y salud mental "Pollution and mental health: current scientific evidence", en el que revisa la evidencia científica disponible sobre cómo distintos contaminantes ambientales pueden influir en el bienestar psicológico.

La exposición prolongada a la contaminación del aire, al ruido ambiental o a determinadas sustancias químicas se asocia con un mayor riesgo de depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental.

El informe de la AEMA añade un matiz especialmente interesante: no basta con reducir la contaminación; también conviene promover entornos que favorezcan activamente el bienestar. En ese punto encaja el creciente interés por las intervenciones basadas en la naturaleza. La propia agencia europea recuerda que la exposición regular a la naturaleza puede reducir el estrés, facilitar la recuperación mental y ofrecer cierta protección frente a algunos trastornos o síntomas. Es la idea que inspira prácticas como el Shinrin-yoku, o "baños de bosque", popularizada en Japón, y que hoy se traduce en una idea cada vez más presente en salud pública: "recetar naturaleza" como complemento a estilos de vida más saludables.

Un entorno mejor conservado, menos expuesto a contaminantes y más rico en espacios saludables repercute en la calidad de vida de las personas. Y esa misma lógica es la que está detrás del acercamiento de SIGRE



a los profesionales de atención primaria. En septiembre de 2025, SIGRE y la semFYC firmaron un convenio de colaboración para impulsar el enfoque One Health entre médicos de familia y comunitaria, con el objetivo de ofrecerles información para que puedan asesorar a sus pacientes sobre la correcta gestión de los medicamentos sobrantes, caducados o en mal estado en el hogar. El acuerdo prevé, además, acciones formativas dirigidas a estos profesionales y parte de una idea muy clara: el uso seguro y responsable del medicamento no termina cuando concluye el tratamiento, sino cuando sus residuos se depositan correctamente en el Punto SIGRE.

Un gesto que ya se practica en tres de cada cuatro hogares españoles y que es la puerta de entrada a la mayor alianza medioambiental del sector farmacéutico en España que simboliza SIGRE. La industria avanza en el ecodiseño de envases y en la reducción de su huella ambiental, lográndose que cada año se pongan en el mercado español cerca de 500 millones de fármacos (uno de cada tres) con alguna mejora medioambiental en su enva-

La exposición prolongada a la contaminación del aire, al ruido ambiental o a determinadas sustancias químicas se asocia con un mayor riesgo de problemas de salud mental

je, lo que ha permitido reducir su peso medio en más de un 25% y ha facilitado el reciclado del 70% de los materiales de los envases recogidos.

La distribución farmacéutica trabaja para mejorar la eficiencia de su logística inversa y minimizar su impacto, garantizando además el control farmacéutico y la trazabilidad de los residuos de medicamentos con todas las garantías medioambienta-

les y sanitarias, consiguiendo ahorrar, además, la emisión de 1.400 toneladas anuales de CO₂ a la atmósfera, uno de los principales gases causantes del cambio climático y del efecto invernadero.

Y la farmacia continúa desempeñando un papel fundamental como punto de información y sensibilización, donde el 90 % de los farmacéuticos declara que anima al ciudadano para que utilice el Punto SIGRE.

Como vemos, hablar del cuidado de la naturaleza en el marco de la protección de la salud no es una digresión poética o algo ornamental para el sector farmacéutico, sino un compromiso con la salud de los pacientes que solo puede lograrse ampliando el foco a la luz del enfoque One Health.

Por eso, el sector continúa trabajando a través de SIGRE para ofrecer soluciones que integren salud y medioambiente, demostrando su compromiso en la construcción de un futuro más saludable y sostenible para todos.

Un trabajo que continúa traspasando fronteras, consolidando su modelo operativo como referente a nivel internacional. Este reconocimiento es posible gracias a

la participación de la entidad en actividades de carácter transnacional. Así, por ejemplo, SIGRE forma parte de la Red Iberoamericana de Programas Posconsumo de Medicamentos (RIPPM), una alianza creada con el objetivo de promover las mejores prácticas disponibles para la gestión de estos residuos, fomentando la cooperación entre los distintos Programas nacionales y ayudando a otros países iberoamericanos a crearlos por primera vez.

Otro ejemplo de divulgación de buenas prácticas a nivel internacional es su intervención el pasado mes de enero en el encuentro anual de la Acción Conjunta Europea sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, EU-JAMRAI 2, para compartir la experiencia de España en el correcto cierre del ciclo de vida de los medicamentos y su contribución a mitigar la dispersión de sus residuos en el entorno, que puede favorecer la aparición o propagación de las resistencias a los antimicrobianos.

La evidencia científica es clara: proteger nuestro entorno es, en esencia, una de las herramientas más potentes para salvaguardar nuestro propio bienestar psicológico y físico. Al cerrar correctamente el ciclo de vida del medicamento a través del Punto SIGRE, no solo evitamos que los residuos dañen los ecosistemas, sino que fortalecemos activamente el enfoque One Health, donde la salud humana y la del planeta se entienden como una sola. Este compromiso colectivo del sector farmacéutico y la ciudadanía es el que nos permite avanzar hacia un futuro más sostenible y resiliente. Porque, como bien refleja el lema de SIGRE, actuar "Por la salud de la naturaleza" es, en última instancia, la mejor receta para garantizar la salud de todos.

Actualidad

Emisiones

Europa fija un recorte del 90% de emisiones de efecto invernadero

El Parlamento Europeo ha aprobado esta reducción para el año 2040 respecto a 1990

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

El Parlamento Europeo ha dado un paso decisivo en la lucha contra el cambio climático al aprobar la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero en un 90% para 2040 respecto a los niveles de 1990. La medida, que modifica la Ley Europea del Clima, fue respaldada por 413 eurodiputados, con 226 votos en contra y 12 abstenciones, y consolida un objetivo intermedio y jurídicamente vinculante en el camino hacia la neutralidad climática en 2050.

Más allá de su dimensión ambiental y económica, la decisión tiene una lectura clara en términos de salud pública. La reducción drástica de emisiones no solo busca frenar el calentamiento global, sino también disminuir la carga de enfermedad asociada a la contaminación atmosférica, las olas de calor, los fenómenos meteorológicos extremos y la expansión de enfermedades infecciosas vinculadas al clima.

Menos emisiones, menos enfermedad

Los gases de efecto invernadero están estrechamente ligados a la quema de combustibles fósiles, principal fuente también de contaminantes atmosféricos como las partículas finas (PM2.5), el dióxido de nitrógeno (NO₂) o el ozono troposférico. Estos contaminantes están asociados a enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cáncer de pulmón y a un aumento de la mortalidad prematura.

Avanzar hacia un recorte del 90% de las emisiones en 2040 implicará acelerar la electrificación, impulsar energías renovables y transformar el transporte y la climatización de edificios, dos



sectores especialmente relevantes para la calidad del aire urbano. De hecho, la normativa europea prevé que el régimen de comercio de derechos de emisiones para edificios y transporte por carretera (ETS2) —que cubrirá las emisiones de CO₂ procedentes de la combustión de carburantes en estos ámbitos— entre finalmente en vigor en 2028, tras aplazarse un año.

La nueva normativa introduce cierta flexibilidad para que los Estados miembros alcancen el objetivo de 2040. A partir de 2036, podrán utilizar créditos internacionales de carbono de alta calidad —procedentes de países fuera de la UE— para cubrir hasta cinco puntos porcentuales de la reducción de emisiones. Se trata de dos puntos más que lo propuesto inicialmente por la Comisión Europea. El texto aprobado incluye salvaguardas para evitar que estos créditos financien proyectos contrarios a los intereses estratégicos de la Unión. Asimismo, se permitirá a nivel nacional utilizar la absorción de carbono —por ejemplo, a través de sumideros na-

La medida consolida un objetivo vinculante en el camino hacia la neutralidad climática

turales— para compensar emisiones difíciles de reducir dentro del marco del actual sistema ETS.

Cambio climático y presión sobre los sistemas sanitarios

El nuevo objetivo climático llega en un contexto de creciente presión sobre los sistemas sanitarios europeos debido a los efectos del cambio climático. Las olas de calor son cada vez más frecuentes, intensas y prolongadas, y afectan especialmente a personas mayores, pacientes crónicos y colectivos vulnerables. Las altas temperaturas se asocian a descompensaciones cardiovasculares y respiratorias, golpes de calor y un aumento de la mortalidad.

Además, los eventos extremos —inundaciones, incendios forestales o sequías— generan impactos directos e indirectos sobre la salud física y mental. A ello se suma la expansión de vectores como mosquitos, que favorecen la aparición o reemergencia de enfermedades infecciosas en zonas donde antes eran poco frecuentes.

Reducir las emisiones en un 90% para 2040 es, en este sentido, una medida preventiva de gran alcance. Cada décima de grado que se evite en el aumento de la temperatura global puede traducirse en menos hospitalizaciones, menos urgencias y menor presión asistencial.

La Comisión Europea evaluará cada dos años los avances hacia el objetivo de 2040, teniendo en cuenta los datos científicos más recientes, los avances tecnológicos y la competitividad industrial. También analizará las tendencias de los precios de la energía y su impacto en empresas y hogares, así como el estado de las eliminaciones netas de carbono en la UE.

Tras estas revisiones, la Comisión podrá proponer

modificaciones a la legislación climática, lo que podría implicar revisar el propio objetivo de 2040 o reforzar el marco de apoyo. Este mecanismo de seguimiento periódico es clave desde el punto de vista sanitario, ya que permite adaptar la respuesta política a la evidencia científica emergente sobre los riesgos para la salud asociados al cambio climático.

La Ley Europea del Clima convierte en obligación legal la neutralidad climática en 2050 para todos los Estados miembros. Además, mantiene el objetivo de reducir al menos un 55% las emisiones para 2030 respecto a 1990.

El nuevo hito de 2040 actúa como puente entre 2030 y 2050, dando mayor previsibilidad a gobiernos, empresas y ciudadanos. Desde la óptica de la salud pública, esta previsibilidad es esencial para planificar infraestructuras resilientes —hospitales adaptados a temperaturas extremas, sistemas de alerta temprana ante olas de calor o mejoras en la ventilación de edificios— y para integrar la salud en todas las políticas.



Las agresiones a médicos baten cifras récord: el 63,7% son mujeres y casi dos de cada tres se producen en Primaria

Casi 9.000 agresiones desde 2010: aumento de la violencia física y psicológica que provoca bajas laborales en el 13,5% de los casos

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

Según los últimos datos presentados por la Organización Médica Colegial (OMC) en el marco del Día Europeo Contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios, este 12 de marzo, el año 2025 ha cerrado con la cifra histórica de 879 agresiones comunicadas. Este dato supone el pico más alto desde que se tiene registro, elevando el total acumulado a casi 9.000 incidentes desde la creación del Observatorio Nacional de Agresiones en 2010.

Para Tomás Cobo, presidente de la OMC, es imperativa "la creación urgente de un Plan Nacional contra las agresiones que proteja a quienes cuidan de la ciudadanía".

15 AÑOS DE ESCALADA

En 2025, la incidencia se situó en 2,71 agresiones por cada 1.000 colegiados, una cifra que se aleja peligrosamente de la media histórica de 2,10. Este fenómeno se traduce en una realidad cotidiana donde el insulto, la amenaza y, cada vez más, la violencia física, forman parte del entorno laboral de los facultativos.

De hecho, las agresiones físicas han experimentado un salto preocupante, representando ya el 19% del total de los casos, lo que supone un incremento del 73% respecto al ejercicio anterior. Uno de los datos más reveladores y persistentes del

estudio es la brecha de género. La violencia sanitaria en España tiene rostro de mujer. Las médicas sufren el 63,7% de las agresiones, a pesar de que representan el 54,8% del total de profesionales colegiados.

Por otro lado, los profesionales menores de 55 años son los que soportan la máxima carga de riesgo, con un 29,9% de los incidentes concentrados en el tramo de menores de 35 años.

LOS PUNTOS NEGROS

La Atención Primaria continúa siendo el principal foco de conflicto, acumulando el 58,6% de los casos. Sin embargo, la gran sorpresa de 2025 ha sido el comportamiento del sector privado.

Históricamente, las agresiones en este ámbito rondaban el 12%, pero en el último año han dado un salto sin precedentes hasta alcanzar el 17%. En cuanto al lugar y momento del ataque, el 96,1% de las agresiones ocurren dentro del horario laboral habitual y en el centro de trabajo.

ANATOMÍA DEL AGRESOR

Los datos demuestran que el 49,9% de los agresores son adultos de entre 40 y 60 años con plena capacidad funcional.

El perfil típico es el del "paciente programado" (48% de los casos), seguido por el paciente no programado (31,3%) y, en un preocupante 19,4%, los acompañantes.

El 74,9% de los incidentes tienen causas asistenciales. Entre ellas destacan la disconformidad con la atención recibida (44,2%), las discrepancias sobre la Incapacidad Temporal. Mientras, el 81% de las agresiones se traducen en daño psicológico (insultos, vejaciones y coacciones).

EL ICEBERG DEL SILENCIO

Un desafío mayúsculo sigue siendo la infradenuncia. Los datos de la OMC revelan un "iceberg del silencio": solo el 48,8% de las agresiones comunicadas a los colegios terminan en una denuncia formal ante las autoridades. Muchos médicos no denuncian por sentimientos de indefensión, miedo a represalias o por la normalización de la violencia como si fuera algo "propio del sueldo".

A pesar de esto, en 2025 se ha registrado un récord en las solicitudes de protección jurídica a través de la Fundación para la Protección Social de la OMC, superando por primera vez el centenar de casos (106), lo que supone haber multiplicado por cinco estas peticiones desde 2019. Además, gracias a la lucha colegial, hoy la agresión a un médico de la sanidad pública se considera un «delito de atentado a funcionario público», con penas recogidas en el Código Penal.

Responsabilidad civil

Responsabilidad civil en actos médicos urgentes sin consentimiento: cómo se valora legalmente la actuación en emergencia

El consentimiento informado es uno de los pilares de la práctica médica y un derecho fundamental del paciente. Sin embargo, existen situaciones en las que el profesional de la salud debe actuar sin poder recabarlos. Las urgencias vitales plantean un escenario complejo en el que confluyen la obligación de proteger la vida del paciente y el respeto a su autonomía.

En estos casos, la pregunta es inevitable: ¿qué ocurre si el médico interviene sin consentimiento y posteriormente se produce una reclamación? La respuesta depende de cómo se valore legalmente esa actuación en un contexto de emergencia.

El marco legal: la excepción a la regla general

La regla general, recogida en la Ley 41/2002, establece que toda actuación sanitaria requiere el consentimiento libre y voluntario del paciente, una vez recibida la información adecuada.

No obstante, la propia ley contempla una excepción clara: el consentimiento no será necesario cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su autorización, o cuando las circunstancias no permitan demoras por peligro para la salud pública.

Esta excepción reconoce la realidad de la práctica clínica: ante una amenaza vital, el deber del médico es actuar.

Qué se entiende por urgencia a efectos legales

Desde el punto de vista jurídico, no basta con que la situación sea "urgente" en sentido asistencial. Para que la actuación sin consentimiento esté plenamente justificada deben concurrir tres elementos esenciales:

- Riesgo grave e inmediato para la vida o la integridad del paciente.
- Imposibilidad real de obtener el consentimiento, ya sea por inconsciencia, incapacidad o falta de tiempo material.
- Proporcionalidad de la intervención, limitada a lo estrictamente necesario para evitar el daño.

Si estos requisitos se cumplen y la actuación se ajusta a la lex artis, el marco legal ampara la intervención del profesional.

Cómo se analiza una reclamación por actuación sin consentimiento

Cuando un caso de este tipo llega a los tribunales, la valoración no se centra únicamente en el resultado clínico, sino en el contexto en el que se tomó la decisión.

- Los jueces suelen analizar:
- Si la situación era objetivamente una emergencia.

- Si realmente no era posible recabar el consentimiento.
- Si la actuación fue proporcionada y técnicamente correcta.
- Si todo ello quedó adecuadamente reflejado en la historia clínica.

En este punto, la documentación adquiere un papel determinante. La ausencia de anotaciones claras sobre la urgencia, la imposibilidad de informar o la gravedad del cuadro puede debilitar la defensa del profesional, incluso cuando la intervención fue necesaria y adecuada.

En muchas reclamaciones, el problema no reside en la actuación médica en sí, sino en la falta de justificación documental de por qué se actuó sin consentimiento.

Emergencias fuera del entorno hospitalario: un escenario especialmente sensible

La complejidad aumenta cuando la actuación se produce fuera del ámbito hospitalario, y es común que surjan dudas adicionales sobre los límites de la responsabilidad profesional y las obligaciones del médico que interviene.

En estos contextos, el análisis legal no solo se centra en la urgencia y la proporcionalidad de la actuación, sino también en los medios disponibles y en el equilibrio entre el deber ético de auxilio y la prudencia profesional.

Precisamente para abordar estas situaciones, Uniteco ha desarrollado la guía "El deber de socorro y su Responsabilidad Civil", que analiza las implicaciones civiles y penales de intervenir —o no hacerlo— en escenarios extrahospitalarios.

Responsabilidad civil y protección del profesional

La responsabilidad civil profesional cubre las reclamaciones derivadas de actuaciones médicas, incluidas aquellas relacionadas con la ausencia de consentimiento en situaciones de urgencia. Sin embargo, el respaldo asegurador no sustituye a la necesidad de actuar con diligencia y transparencia.

Una actuación necesaria, proporcionada y bien documentada es la mejor defensa ante cualquier procedimiento. Y contar con el apoyo de una correduría especializada como Uniteco permite al profesional disponer de asesoramiento preventivo y defensa jurídica experta en derecho sanitario desde el primer momento.

La medicina de urgencias exige decisiones rápidas bajo presión. La ley reconoce esta realidad y protege al profesional cuando actúa para preservar la vida o evitar un daño grave. Comprender cómo se valora legalmente esa actuación no solo aporta seguridad jurídica, sino que permite ejercer con la tranquilidad de saber que, ante una situación límite, el deber de salvar la vida del paciente cuenta con respaldo legal.

ACCEDER A LA NOTICIA COMPLETA



UNITECO
CORREDURÍA DE SEGUROS

Las cifras del MIR: este es el perfil de los nuevos residentes que llegarán a los hospitales

El 99,9% ha pasado la mayor convocatoria de la historia: estreno del MIR de Urgencias y un 74% de mujeres

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

El Ministerio de Sanidad ha dado el paso definitivo para configurar la que será la nueva generación de especialistas del Sistema Nacional de Salud al publicar la relación definitiva de resultados de las pruebas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) 2026. Tras semanas de tensa espera desde la realización de los exámenes el pasado 24 de enero, los más de 35.000 aspirantes que iniciaron este proceso ya pueden consultar la valoración que determinará su destino profesional durante los próximos años.

Esta convocatoria no es una más, pues se ha consolidado como la mayor de la historia del sistema de FSE, poniendo en juego un total de 12.367 plazas para diversas titulaciones sanitarias. El éxito académico en esta edición ha sido casi absoluto, con un 99,95% de los presentados superando la nota de corte, lo que supone que 30.172 profesionales han obtenido ya su número de orden para la elección de plaza.

UN PERFIL DE EXCELENCIA

Si tuviéramos que dibujar el retrato robot del nuevo residente que llegará a los centros sanitarios en junio, este tiene un claro rostro femenino. La tendencia de feminización de las profesiones sanitarias no solo se mantiene, sino que se refuerza en esta convocatoria de 2026, donde el 74,03% de las personas que han superado el examen son mujeres, frente a un 25,97% de hombres.

Este fenómeno es especialmente visible en la titulación de Enfermería (EIR), donde las mujeres representan el 88,14% de los aptos, y en Psicología (PIR), con un 80,96%. Incluso en Medicina (MIR), la presencia femenina es mayoritaria con un 64,84% de profesionales con número de orden. La única titulación que rompe esta tendencia generalizada es Física (RFIR), donde los hombres son mayoría con un 53,30% de los aprobados.

La excelencia académica ha sido la tónica general de un proceso que ha estado marcado por un descenso significativo en el número de impugnaciones respecto a años anteriores. Este clima de mayor estabilidad ad-



ministrativa se produce a pesar de que el proceso ha estado bajo el foco público debido a incidencias en fases previas de la convocatoria.

En total, el sistema ha absorbido a 15.084 médicos con número de orden para las 9.278 plazas de Medicina y a 8.741 enfermeros para las 2.278 vacantes de su categoría. Las disciplinas de Farmacia, Psicología, Biología, Química y Física completan este mapa de talento con miles de profesionales listos para iniciar su especialización.

PODIO DE UNIVERSIDADES

El análisis de los diez mejores resultados de cada titulación ofrece una radiografía de las instituciones académicas que lideran la formación sanitaria en España.

En la categoría reina, la de Medicina, la Universidad Rovira i Virgili de Reus ha logrado situar a su aspirante en el primer puesto nacional, seguida por instituciones de gran prestigio como la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Málaga. La Universidad Autónoma de Madrid ha demostrado su fortaleza en Enfermería, liderando un ranking donde también destacan las universidades de Alicante, La Laguna y Málaga.

En otras disciplinas, la Universidad del País Vasco se ha alzado con los dos primeros puestos en Farmacia, mientras que la U.N.E.D. ha encabezado la lista en Psicología. La Universidad de Zaragoza ha liderado la rama de Química, la de Navarra la de Biología y la de Salamanca la de Física. Esta dispersión geográfica de los mejores expedientes subraya la calidad de la enseñanza universitaria en todo el territorio

Son 15.084 médicos con número de orden para las 9.278 plazas y 8.741 enfermeros para 2.278 vacantes

nacional, tanto en centros públicos como privados.

MÉDICOS Y ENFERMERAS

De los 16.836 admitidos inicialmente al examen MIR para realizar el examen, finalmente se presentaron a la prueba 15.092 facultativos. La tasa de éxito ha sido excepcionalmente alta, ya que el 99,95% de los presentados, un total de 15.084 profesionales, ha logrado superar la nota de corte y obtener un número de orden para la elección de plaza. Esto deja una relación de aproximadamente 1,6 aspirantes aptos por cada una de las 9.278 plazas ofertadas en esta edición.

La feminización de la profesión médica sigue siendo una realidad estadística consolidada: el 64,84% de los médicos con número de orden son mujeres, frente al 35,16% de hombres. En cuanto al cupo de reserva para personas con discapacidad, Medicina es la titulación con mayor oferta, con 928 plazas reservadas, de las cuales 123 aspirantes han logrado obtener número de orden tras superar la nota de corte en este turno.

De los 11.217 admitidos inicialmente al examen EIR, se presentaron al examen un total de 8.742 enfermeros. La preparación de los aspirantes ha quedado patente con un 99,99% de aprobados, lo que significa que

8.741 personas han obtenido número de orden para optar a una de las 2.278 plazas ofertadas. Esta cifra supone que casi cuatro profesionales competirán por cada una de las vacantes disponibles, consolidando a Enfermería como una de las disciplinas con mayor demanda respecto a la oferta.

De nuevo la hegemonía femenina es casi absoluta, siendo la titulación con el mayor porcentaje de mujeres de toda la convocatoria. El 88,14% de las personas con número de orden son mujeres, frente a un reducido 11,86% de hombres.

NOVEDADES

El sistema de FSE 2026 también destaca por su compromiso con la diversidad y la respuesta a necesidades asistenciales largamente reclamadas. En cuanto al cupo de personas con discapacidad, un total de 345 aspirantes han logrado obtener número de orden tras superar la nota de corte, lo que representa el 27,89% de los presentados por este turno. Este colectivo tendrá una presencia notable en las residencias de Medicina (123 profesionales) y Enfermería (109), garantizando un sistema de salud más inclusivo.

Una de las grandes novedades de este año es el estreno de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, que debuta con una oferta de 86 plazas. Esta incorporación responde a una reivindicación histórica del sector y permitirá formar a especialistas específicos para un área crítica de la atención sanitaria. Además, para optimizar el uso de los recursos públicos, el Ministerio ha introducido una segunda ronda de adjudica-

ción de plazas o "repesca". Este procedimiento, que se llevará a cabo un mes después de la incorporación oficial, busca cubrir aquellas vacantes que queden desiertas o renunciadas expresas de forma telemática y ágil.

SIGUIENTES PASOS

Con los resultados definitivos ya en la mano, los aspirantes entran en la fase de toma de decisiones. Se prevé que la resolución de la Dirección General de Ordenación Profesional que convoque los actos de elección y adjudicación de plazas se publique próximamente, fijando el inicio de este proceso para la segunda quincena de abril. Todo este procedimiento se realizará de forma electrónica para garantizar la eficiencia del sistema.

A pesar de que esta convocatoria ha estado bajo una vigilancia estrecha debido a incidencias administrativas registradas en fases previas, los datos definitivos arrojan un balance de relativa calma institucional. Destaca especialmente el descenso significativo en el número de impugnaciones en comparación con ediciones previas, lo que sugiere una mayor solidez en el diseño de las pruebas de este año.

No obstante, el proceso sigue alimentando el debate sectorial sobre la gobernanza y la gestión del acceso a la residencia, especialmente en un año donde se ha alcanzado el récord histórico de 12.367 plazas ofertadas.

La incorporación oficial a los centros sanitarios está prevista, de forma orientativa, para la primera quincena de junio. Sin embargo, los futuros residentes deben cumplir un requisito indispensable antes de poder firmar su contrato: superar un reconocimiento médico obligatorio.

Este examen será realizado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del hospital o centro de destino y es una condición sine qua non para formalizar la relación laboral; sin su superación, no se podrá iniciar el periodo de formación. De esta forma, el sistema sanitario español se prepara para recibir a una nueva promoción de profesionales que, tras demostrar su excelencia en las aulas, comenzarán su etapa de servicio a la ciudadanía en apenas tres meses.

NEXO IA: 30 meses para medir, ordenar y supervisar la IA en la sanidad privada

IDIS presentó NEXO IA en la jornada IDIS-Lab, un proyecto de IA con enfoque estructurado y de largo recorrido

CLAUDIA VAQUERO REINA

Madrid

La Fundación IDIS impulsa una estrategia plurianual de Inteligencia Artificial bajo el nombre de NEXO IA, un proyecto que se extenderá hasta junio de 2028 con un triple objetivo: analizar el estado de situación del sector sanitario en materia de IA, proponer acciones conjuntas y evaluar el grado de madurez alcanzado al término del periodo. La iniciativa se enmarca en el lanzamiento de los encuentros 'IDIS-Lab', concebidos como un laboratorio de ideas en innovación. Esta primera jornada, titulada "IA: la revolución que transforma la salud", sirvió como punto de partida para presentar oficialmente esta hoja de ruta estratégica y abrir el debate sobre el impacto real de la IA en la sanidad.

Durante la inauguración, el presidente de la Fundación IDIS, Fernando Campos, subrayó el carácter inaplazable del reto: "La realidad es que la IA nos preocupa y nos ocupa a todos". En su intervención, apeló a la responsabilidad colectiva del sector para evitar errores del pasado vinculados a la digitalización: "Tenemos una oportunidad, pero también la obligación de no cometer con la IA los errores que hemos cometido en el pasado. Hay grandes tecnologías que no han tenido la escalabilidad ni el impacto suficiente".

Campos insistió en la necesidad de cambiar la lógica competitiva tradicional por un enfoque colaborativo: "Tenemos que pasar de competir a cooperar", afirmó, en alusión a la cooperación entre actores del ecosistema sanitario.

El presidente de IDIS planteó además una reflexión estructural sobre la sostenibilidad del sistema: "La sanidad pública no va a poder sostener por sí sola el ritmo de cambio y de innovación que la tecnología está trayendo". En este contexto, defendió que el ecosistema de la sanidad privada está llamado a "dar un paso al frente", contribuir a discernir qué soluciones aportan valor real y construir un modelo que sea "un ejemplo en Europa y en el mundo".

El proyecto NEXO IA, explicó, tendrá una duración de dos años y medio y aspira a convertirse en un espacio de cocreación: "Se trata de cómo entre todos nave-



Imagen de Julio Mayol, Adolfo Fernández-Valmayor, Marta Villanueva, Fernando Campos y Natán Díaz Carazo.

gamos este cambio, que va a ser brutal para la sociedad y, en particular, para la sanidad".

En la misma línea, Natán Díaz Carazo, socio de KPMG y responsable de Consultoría en Sector Público, Infraestructuras, Transporte y Sanidad, puso el foco en el impacto tangible de la IA sobre pacientes y profesionales. "Cuando hablamos de IA aplicada a la salud, hablamos de personas que necesitan que los sistemas respondan de forma ágil, segura y cercana", señaló.

Díaz Carazo destacó que el sector vive "un momento único". Sin embargo, advirtió de que "ese impacto no se producirá de manera automática: requiere visión, ética y, sobre todo, colaboración".

PROYECTO NEXO IA

Tras contextualizar el reto, la jornada sirvió para detallar la arquitectura del proyecto. La directora general de la Fundación IDIS, Marta Villanueva, fue la encargada de presentar oficialmente NEXO IA, un proyecto concebido para integrar la inteligencia artificial en los flujos de valor del sector sanitario —asistenciales, diagnósticos y de gestión— con un enfoque estructurado y de largo recorrido.

Según explicó, la iniciativa nace con el propósito de "construir estrategias claras, compartir modelos comunes, informar de forma sistemática, fomentar la capacitación y difundir resultados", además de dotar al sector de "infraestructuras adecuadas y una gobernanza sólida" que permita monitorizar y supervisar el uso de la IA en la sanidad privada.

Villanueva enmarcó el proyecto en el contexto de una revolución tecnológica de carácter exponencial. "El ser humano no sabe interiorizar la exponencialidad; tenemos una visión más lineal, pero el ritmo al que avanza la IA no es normal", señaló, subrayando la rapidez con la que evolucionan los modelos y su creciente democratización. A su juicio, lejos de sustituir capacidades, la IA "está desarrollando exponencialmente nuestra capacidad de conocimiento" y "nos está haciendo sumar inteligencia".

Villanueva consideró que la IA es "una palanca para mejorar la sostenibilidad del sistema", favorecer la accesibilidad y contribuir a la reducción de listas de espera. No obstante, advirtió de que el verdadero desafío reside en el control y la gobernanza: "¿Quién pone límites? ¿Qué hacemos si la gobernanza se nos escapa entre las manos?". Para Villanueva, la tecnología "no puede sustituir jamás el criterio clínico; solo debe potenciarlo", lo que exige un marco ético sólido, seguridad y protección de datos, transparencia algorítmica y acompañamiento a los profesionales.

En este punto, reivindicó el papel de la Fundación IDIS como agente cohesionador, de ahí el nombre del proyecto: "Lo hemos denominado NEXO porque significa unión, pegamento; tiene todo que ver con la Fundación".

El programa tendrá una duración de 30 meses y se estructurará en tres grandes fases. Una primera etapa, NEXO IA Start, de cuatro meses, centrada en el diagnóstico inicial de la situación,

"La Inteligencia Artificial no puede sustituir jamás el criterio clínico; solo debe potenciarlo"

con el envío inminente de una encuesta para evaluar el grado de madurez cultural y organizativa en IA, así como la realización de entrevistas individuales con el apoyo de KPMG.

A continuación, se desarrollará el laboratorio de cocreación —NEXO IA Lab— durante aproximadamente 20 meses, con la participación de 43 entidades entre patronos y patrocinadores. Se crearán grupos de trabajo por áreas de interés, con sesiones específicas, intercambio de experiencias y desarrollo de casos de uso, además de un espacio tipo marketplace para compartir iniciativas y aprendizajes.

Finalmente, la fase NEXO IA Impact, de alrededor de nueve meses, estará orientada a la medición de resultados, evaluación del grado de madurez alcanzado y organización de un gran encuentro de cierre en junio de 2028, donde se presentarán conclusiones y se entregará un premio que aspira a consolidarse con carácter anual.

Entre los principales retos identificados, Villanueva mencionó la dificultad de escalar pilotos a aplicaciones reales y sostenibles, la transformación cultural de los profesionales, la calidad

y disponibilidad de los datos, la adaptación regulatoria, los costes de inversión y la escasez de talento especializado. "No se trata de poner tecnología en los procesos de antes; es cuestión de reingeniería y de reinversión", afirmó.

PAPEL DEL PROFESIONAL

La jornada continuó con la intervención de Julio Mayol, director científico del IdISSC y catedrático de Cirugía en la UCM, quien arrancó su ponencia con un mensaje claro: "Estamos ante la mayor revolución de desintermediación que ha vivido nunca nuestra especie". A su juicio, por primera vez una tecnología amenaza con sustituir al intermediario entre el conocimiento y el usuario final, lo que obliga a replantear el papel de profesiones como médicos, enfermeras, abogados o jueces. "Somos potencialmente eliminables", afirmó.

Para Mayol, la IA no es solo una herramienta, sino "un nuevo set de capacidades", con un riesgo evidente: potenciará a algunos profesionales, pero puede dejar atrás a muchos.

A continuación, se celebró una mesa de debate moderada por Mayte Segura, directora de Comunicación de la Fundación IDIS, con la participación de Pedro Álvarez de la Gala, head of Digital Innovation and Customer Experience en Roche; David Labajo Izquierdo, director de Innovación Southern Europe en Siemens Healthineers; Jesús Sánchez Mena, director Corporativo de Informática y Transformación Digital en HM Hospitales; y Manuel Vázquez, director de Data e Innovación para Sanitas y Bupa ELA. Durante la mesa, se abordaron temas clave sobre la IA en salud. Adolfo Fernández-Valmayor, secretario general de la Fundación IDIS, clausuró la jornada destacando que "la IA es una palanca para aumentar la calidad en los sistemas, para eliminar burocracia, automatizar la gestión del dato", afirmó.

Con ello, la Fundación IDIS sitúa la Inteligencia Artificial no como una tendencia tecnológica, sino como un vector estratégico de transformación estructural del sistema sanitario.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



Investigación

XI Jornadas de Actualización en Gripe: conocimiento y avances en vacunación

Los expertos analizaron los retos y logros de la vacunación en un evento organizado por Seqirus

ANDREA RIVERO GARCÍA
Zaragoza

En la XI edición de las Jornadas de Actualización en Gripe celebradas en Zaragoza, un encuentro organizado por Seqirus, con el aval de la Asociación Española de Vacunología (AEV), la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC), la Sociedad Española Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS) y el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, expertos de alto nivel compartieron hitos y retos entorno a la gripe.

La inauguración contó con la presencia de Begoña Adiego, jefa del Servicio de Vigilancia de Salud Pública e Inmunizaciones de Aragón, José Antonio Forcada, presidente de ANENVAC, María Fernández Prada, secretaria de la AEV, Pepe Meseguer, director CSL Seqirus y Carmen Román, de la SEMPSPGS.

Meseguer insistió en que "la gripe es totalmente inescrutable, es imprevisible. Cuando no



Meseguer (Seqirus), Román (SEMPSPGS), Adiego (Gob. Aragón), Fernández Prada (AEV) y Forcada (ANENVAC).

circula parece que no hay ningún problema; sin embargo, cuando circula es cuando salimos preocupados y se convierte en un problema". El mensaje fue claro: mantener el respaldo a los programas de prevención y reforzar la protección de las personas más vulnerables. "Lo importante es que todos estemos unidos para apoyar los programas que protegen a la población, sobre todo a la más vulnerable frente a la gripe", señaló. Asimismo, Román puso en valor la importancia de generar espacios de

diálogo entre distintos niveles asistenciales. La especialista destacó que reunir a profesionales de medicina preventiva, enfermería, vacunología y gestión sanitaria permite "encajar la evidencia científica con la práctica habitual de la vacunación", abordando no solo datos epidemiológicos y coberturas, sino también la cultura vacunal. Así, se defendió que encuentros de este tipo facilitan una visión estratégica compartida que ayuda a trasladar el conocimiento científico a decisiones concretas

en hospitales, centros de salud y residencias.

Fernández Prada destacó que "el gran valor de la vacunación antigripal es que ha demostrado que siempre es posible superarse, afrontar nuevos retos y desarrollar nuevas herramientas. Nos impulsa a seguir avanzando con el objetivo final que todos compartimos: alcanzar algún día una vacuna universal". La experta alertó sobre la percepción repetitiva que rodea a la gripe. "Muchas veces se ve como algo reiterativo, como si

cada año fuera lo mismo: vuelve la gripe, vuelve la vacuna. Pero precisamente ahí está su singularidad". También se insistió en que la mejora de las coberturas no depende exclusivamente de campañas puntuales, sino de un compromiso sostenido en el tiempo. "Es un trabajo de todos", reiteró Forcada, apelando a la implicación coordinada de sanitarios, sociedades científicas e instituciones para reforzar la confianza en la vacuna.

Alba Vilajeliu Balague, responsable técnico de Inmunización y Políticas de Vacunación de la OMS, estuvo a cargo de la conferencia inaugural en la cual destacó los logros alcanzados por la vacunación y las perspectivas futuras. Así, defendió el valor estratégico de la vacunación antigripal y la necesidad de actualizar el discurso entre profesionales y la población general.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



Riesgo de una nueva pandemia gripal: expertos reclaman más vigilancia, datos en tiempo real y mejores vacunas

ANDREA RIVERO GARCÍA
Zaragoza

La posibilidad de una nueva pandemia de gripe no es una hipótesis remota, sino un escenario biológicamente plausible. Así lo advirtieron los expertos reunidos en la mesa 'Virus epidémicos y virus pandémicos: Vigilancia, prevención, diagnóstico y tratamientos', celebrada en la XI edición de las Jornadas de Actualización en Gripe.

Adolfo García-Sastre, director del Global Health & Emerging Pathogens Institute en la Icahn School of Medicine at Mount Sinai (Nueva York), fue contundente: "Desde 1918 han ocurrido cuatro pandemias de gripe, y no hay ninguna razón para que no pueda ocurrir otra".



García-Sastre, Rezusta López, Milagro Beamonte y Fernández Sesma.

Recordó que, aunque solemos hablar de "la gripe" en singular, en humanos circulan tres virus estacionales —dos de gripe A (H1 y H3) y uno de gripe B— que obligan a actualizar la vacuna cada año. Pero, el verdadero riesgo pandémico reside en la capacidad de los virus de gripe A de cambiar "dramáticamente".

"Cuando cambia de un subtipo a otro, es cuando tenemos una pandemia", explicó. Más inquietante es la expansión del virus a mamíferos: se han documentado infecciones en más de 40 especies. El caso de las vacas lecheras en Estados Unidos marcó un punto de inflexión. "De enero a octubre de 2024 el virus

se propagó casi como fuego en granjas de vacas en EE.UU.", explicó y añadió que "en estos animales la infección afecta principalmente a la glándula mamaria y provoca caída en la producción de leche". Aunque los casos humanos han sido leves, García-Sastre alertó: "Estos virus ya tienen adaptaciones para replicar en humanos". El gran problema es la imprevisibilidad. "No podemos decir si va a causar una pandemia ahora, dentro de diez años o dentro de veinte", reconoció.

El jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet, Antonio Rezusta, amplió el foco. "Hay muchos protagonistas: las personas y los animales, pero hay una parte muy importante que

es equilibrar la vida y, sobre todo, las aguas del planeta", afirmó. Una de las claves es la vigilancia de aguas residuales. "Si lo hacemos de forma cuantitativa nos permite saber cuál es la carga de virus que está circulando". Sin embargo, reclamó que estos datos se integren en tiempo real en los sistemas sanitarios. Ana María Milagro, del Servicio de Microbiología del mismo hospital, reivindicó el papel del laboratorio. Mediante plataformas de biología molecular realizan diagnósticos urgentes y paneles sindrómicos que detectan hasta 15 virus respiratorios.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



La OMS actualiza la composición de las vacunas contra la gripe para 2026-2027

La decisión se produce tras un análisis del SMVRG, que detectó la propagación de la nueva variante "K"

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió sus recomendaciones oficiales para la composición de las vacunas contra la influenza que se utilizarán en el hemisferio norte durante la temporada 2026-2027. La decisión se produce tras un exhaustivo análisis del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), que detectó la propagación global de una nueva variante del virus.

EL RETO DEL "SUBCLADO K"

El anuncio de este año está marcado por la aparición, en agosto de 2025, de una variante del virus A(H3N2) denominada técnicamente como J.2.4.1 o "subclado K". Esta mutación, notablemente distinta a las anteriores, ha provocado que la temporada de gripe comenzara antes de lo previsto en numerosos países, registrando niveles de actividad superiores a la media.

"Los virus de la gripe evolucionan constantemente y nos demuestran lo conectado que está nuestro mundo", señaló Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS. "Gracias a la vigilancia global, las vacunas de la próxima temporada se han actualizado para contrarrestar las cepas más recientes y proteger mejor a la población".

Por su parte, María Van Kerkhove, directora interina del Departamento de Gestión de Epidemias y Pandemias de la OMS, subrayó en una rueda de prensa posterior que "la influenza continúa manteniéndonos alerta, no solo por la carga que causa, sino porque está cambiando constantemente. Estos cambios requieren que estemos vigilantes y actualicemos las vacunas en consecuencia".

LA NUEVA VACUNA

Para garantizar la máxima eficacia contra la enfermedad grave y los fallecimientos, la OMS ha recomendado actualizar las cepas tanto para las vacunas producidas en huevo como para aque-



"La influenza nos mantiene alerta, no solo por la carga que causa, sino porque cambia constantemente"

La gripe no es una enfermedad menor. Según datos de la OMS, cada año hay entre 3 y 5 millones de casos graves

llas basadas en cultivos celulares o proteínas recombinantes. Las nuevas fórmulas incluirán variantes similares a los virus detectados recientemente en Missouri, Darwin, Tokio y Pensilvania.

Un dato relevante para la salud pública es la ausencia total del linaje B/Yamagata desde marzo de 2020, lo que sigue influyendo en el diseño de las vacunas actuales, donde predominan el linaje B/Victoria y las variantes de la influenza A.

Según Van Kerkhove: "Basándonos en la vigilancia y los datos de laboratorio recopilados a lo largo del año, la OMS anuncia hoy recomendaciones actualizadas para la composición de la vacuna contra la influenza. Esto lo hacemos dos veces al año para garantizar que las vacunas coincidan con los virus circulantes".

Por otro lado, Nicola Lewis, directora del Centro Colaborador de la OMS de investigación sobre la influenza en el Francis Crick Institute de Londres, explicó cómo la dinámica de la última temporada influyó en estas decisiones: "Vimos la aparición de los virus K H3 en julio y agosto de 2025, que aumentaron rápidamente en frecuencia y empezaron a propagarse a otras regiones geográficas. Esto llevó a dinámicas interesantes en la temporada del hemisferio sur, extendiendo el período de impacto de la influenza, particularmente en países como Australia".

Además, algunos países del hemisferio norte, como pudieron ser el Reino Unido y Japón, experimentaron un inicio temprano de la temporada, adelantado hasta cinco semanas, impulsado por la circulación del subclado K.

Más allá de la gripe estacional, los expertos de la OMS han evaluado los riesgos de la gripe animal. Desde septiembre de 2025, se han notificado 25 casos de infecciones humanas por gripe zoonótica en seis países, vinculados principalmente al contacto con animales o entornos contaminados.

GRIPE AVIAR Y ZOONOSIS

Aunque no se ha detectado transmisión entre personas, la OMS mantiene la guardia alta ante el riesgo de una futura pandemia. En este sentido, los expertos han recomendado el desarrollo de un nuevo virus candidato para vacuna (VCV) contra el subtipo A(H9N2), con el fin de estar preparados ante cualquier emergencia sanitaria.

Richard Webby, director del Centro Colaborador de la OMS sobre ecología de la influenza en animales y aves en St. Jude Children's Research Hospital (EE. UU.), indicó que "este año se incluyó un virus candidato adicional H9N2 en la lista de reactivos disponibles para reflejar la evolución de este grupo de virus. Esto se hace para mantenernos preparados en caso de que uno de estos virus comience a propagarse, aunque actualmente no es el caso".

Por su parte, Wenqing Zhang, jefa de la Unidad de Amenazas Respiratorias Globales de la OMS, añadió que "el desarrollo y actualización de los virus candidatos para vacunas de influenza zoonótica es un proceso continuo, que mejora nuestra preparación y capacidad de respuesta ante pandemias, apoyado por el monitoreo constante y la evaluación de riesgos del sistema global de vigilancia y respuesta a la influenza".

"La influenza sigue siendo una amenaza global. Gracias al esfuerzo colectivo de los Centros Nacionales de Influenza, los centros colaboradores de la OMS y los laboratorios asociados, podemos actualizar las vacunas y proteger mejor a la población", concluyó Van Kerkhove.

La gripe no es una enfermedad menor. Según los datos que ofrece la OMS, cada año se producen en el mundo cerca de mil millones de contagios, de los cuales entre 3 y 5 millones son casos graves. Las complicaciones respiratorias derivadas de la gripe causan anualmente entre 290.000 y 650.000 muertes en todo el planeta, lo que subraya la importancia de que la composición de la vacuna coincida con los virus que realmente circulan.

Vacunación COVID-19 entre sanitarios: "Se debería ampliar la cobertura"

Jaime Pérez, presidente de la AEV, avisa que, en caso de onda epidémica, podríamos ver sobrecargado el sistema

GUILLERMO GARCÍA GÓMEZ

Madrid

Las vacunas contra la COVID-19 salvaron en España casi medio millón de vidas, según un estudio de *The Lancet*. En concreto, el dato de esta investigación es 456.200. Jaime Pérez, presidente de la Asociación Española de Vacunología (AEV), lo informa a Gaceta Médica, en conversación para comentar el informe del Ministerio de Sanidad sobre la vacunación contra el coronavirus. Es una información que casi no se ha divulgado "porque nunca nadie la ha buscado, pero está, hay que profundizar en el artículo", amplía Pérez.

En el estudio de Sanidad se incide en que las vidas salvadas en España por las vacunas entre diciembre de 2020 y marzo de 2023 fueron 127.000. Esto pasa porque, según el presidente de la AEV, el informe ministerial, en ese aspecto, "se basa en otros estudios, pero el dato de España en la investigación de *The Lancet* está, lo que pasa es que nadie lo ha buscado". En cualquier caso, de acuerdo con este mismo estudio, que cita el Ministerio, las vacunas contra la COVID-19 salvaron casi 20 millones de vidas entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021, según el análisis.

El documento, así, insiste en la vacunación en los grupos de riesgo, en concreto, los mayores de 70 años, los pacientes inmunodeprimidos y con patologías clínicas graves y en las personas institucionalizadas. Aunque, por otra parte, el informe también establece las bases para la inmunización de un colectivo diácono que se repite campaña tras campaña: los profesionales sanitarios.

Sobre este tema, Pérez comenta que la recomendación que se hizo fue individual: "Normalmente, por ejemplo, para la vacunación contra la gripe, se considera que a los sanitarios son muy importantes, porque, además de protegerse a ellos, protegen a sus pacientes". Y, al principio, se dio la misma recomendación al principio de la COVID-19, "pero es una cuestión que progresivamente ha ido perdiendo importancia y ya hace un tiempo que se ha visto que no influye demasiado en la transmisión".



Sin embargo, el presidente de la AEV destaca que la razón para que este colectivo tenga una indicación es, en primer lugar, salud laboral, ya que los sanitarios "tenemos más riesgo de padecer una enfermedad infecciosa", y, en segundo, que, en caso de onda epidémica, puede haber un aumento de bajas laborales, lo que puede conllevar

"una sobrecarga del sistema en momentos en que necesite que sus efectivos estén preparados".

Por ello, Pérez destaca que, aunque "solo fuera por ese afán de proteger, de no sobrecargar más el sistema, se debería ampliar la cobertura vacunal contra la COVID-19 en los profesionales sanitarios".

sí hay mucha proporción en lo que respecta a la COVID-19". Por ello, insiste en "trabajar la comunicación, en la eliminación de mitos, en el acompañamiento de los pacientes y de los profesionales sanitarios para aumentar cobertura en todos los grupos poblacionales en que está indicada. Hay mucho margen de mejora".

Por ello, cabe recordar que, a pesar de que en la actualidad el coronavirus tiene una incidencia baja, sigue ahí. La COVID-19 sigue circulando y hay población especialmente vulnerable a la enfermedad.

Y cabe recordar también que, según el informe del Ministerio de Sanidad, en población mayor, concretamente aquella 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 ministeriales indican que en España se han administrado alrededor de 106 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19 y que alrededor de 41 millones de personas tienen la pauta completa. Y, por su parte y según *The Lancet*, ha sido casi medio millón de vidas las que se han salvado en nuestro país gracias a ellas.



Jaime Pérez
Presidente de la
Asociación Española de
Vacunología (AEV)

"Los sanitarios, además de protegerse ellos, protegen también a los pacientes"

COMUNICAR BIEN

Rosario Cáceres, por su parte, tesorera de la Asociación Española de Vacunología, coincide con Pérez al señalar que es "importante que los profesionales sanitarios nos vacunemos". No obstante, alerta de que, en lo que respecta a la COVID-19, "todos los grupos poblacionales que tienen indicada esta vacuna tienen bajas coberturas, es la que peores resultados tiene en cuanto a coberturas en cada campaña".

La experta ubica la razón en la "injusta mala prensa" que tienen estas dosis, y provoca "muchas reticencias en la población. No hay mucha población antivacunas en general, pero



Rosario Cáceres
Tesorera de la
Asociación Española de
Vacunología (AEV)

"Hay que trabajar la comunicación para eliminar falsos mitos del pensamiento que se han creado"

COVID-19, prevención y confianza: las claves del II International Immunization Summit

El foro reunió perfiles de referencia en salud pública y abordó también la preparación ante amenazas emergentes

GACETA MÉDICA

Madrid

Toledo acogió los días 5 y 6 de marzo el International Immunization Summit 2026 (IIS26), celebrado en el Hotel Beatriz, con la participación de cerca de 200 profesionales del ámbito sanitario, científico e institucional. Durante dos jornadas, el encuentro abordó los principales retos actuales en vacunación, prevención y salud pública, con especial atención a COVID-19, el enfoque One Health, el papel de los profesionales sanitarios en la inmunización y las claves regulatorias a nivel nacional y europeo.

El IIS26, patrocinado por HIPRA, reunió perfiles de referencia de salud pública, medicina preventiva, farmacia comunitaria, enfermería e investigación, además de representantes de instituciones y organismos vinculados a la toma de decisiones en inmunización y preparación frente a amenazas emergentes. El programa ha incorporado también la visión europea con la par-

ticipación de representantes de la Comisión Europea (DG HERA y DG SANTE), junto con voces expertas del ámbito regulatorio y sanitario, así como de directores generales de Salud Pública.

Uno de los ejes centrales del encuentro ha sido el análisis del riesgo epidémico y pandémico y la capacidad de anticipación. La conferencia inaugural, "Epidemics and pandemics... What's next?", ha abierto el programa con una mirada a los escenarios de futuro y a las prioridades para reforzar la prevención y la respuesta desde la salud pública.

RIESGO PANDÉMICO

En esa misma línea, el debate One Health, moderado por la investigadora del CSIC Margarita del Val, ha puesto el foco en la relación entre salud humana, animal y ambiental, y en cómo ese enfoque se conecta con la prevención y con desafíos como las resistencias antimicrobianas. En esta sesión participaron expertos como Adolfo García-Sastre, Pilar Mateo y Helena Moza, en un intercambio



Segunda edición del International Immunization Summit 2026.

centrado en el papel de la inmunización en un entorno sanitario cada vez más interconectado.

La primera jornada incluyó además un debate entre Directores Generales de Salud Pública de diferentes comunidades autónomas, que ha permitido contrastar prioridades, estrategias y necesidades sobre el terreno. A continuación, el bloque institucional "La vacunación en un mundo interconectado: experiencias y retos a nivel global" ha aportado perspectiva europea e internacional con la participación

de Laurent Muschel (DG HERA), Marta Valenciano (DG SANTE) y Sara Arias (ISGlobal), bajo la moderación del Dr. Amós García. El IIS26 dedicó también un espacio específico al papel del farmacéutico en prevención, con el debate "De la dispensación a la inmunización activa", moderado por Rosario Cáceres.

LECCIONES Y CLAVES

La segunda jornada retomó la actualidad sanitaria con el debate "COVID-19: lo que hemos aprendido y lo que aún nos que-

da por aprender", moderado por Javier Castrodeza, con ponentes como Daniel Ocaña, José Antonio Navarro, Jaime Jesús Pérez y Marta Molina.

En el bloque regulatorio, el encuentro ha abordado el marco de decisión "del ámbito nacional al europeo" en una mesa moderada por Agustín Portela, con participación de Sol Ruiz, vinculada a la AEMPS y al trabajo europeo en materia de evaluación y respuesta. El programa se completó con una sesión dedicada a enfermería, "en primera línea de la inmunización: confianza, comunicación y cuidado del paciente", y un debate sobre determinantes sociales de la vacunación, centrado en el papel de redes sociales, sociología, medios de comunicación y asociaciones de pacientes. La clausura corrió a cargo de Adolfo García-Sastre, que abordó el papel futuro de las vacunas.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA



#MomentodeActuar #CancerNow

CANCER NOW

Impulsado y promovido por

eco Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología

Con el apoyo de

fundamed Fundación Española de Investigación en Oncología

astellas **Boehringer Ingelheim** **Daiichi-Sankyo** **GILEAD** **GSK** **Johnson&Johnson** **Lilly** **MSD** **LABORATOIRES Pierre Fabre** **Roche** **BAYER**

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

En 2030, uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres tendrán cáncer. Es momento de actuar.

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.

Gripe porcina: "Algunas cepas derivan del linaje del año 2009, lo que puede generar inmunidad"

María del Mar Tomás (SEIMC) advierte sobre la necesidad de vigilancia tras el caso humano detectado en Lleida

ANDREA RIVERO GARCÍA

Madrid

Las autoridades sanitarias de Cataluña comunicaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección de un caso humano de infección por virus de la gripe porcina A(H1N1)v en la provincia de Lleida, un evento que activó de inmediato los protocolos de vigilancia epidemiológica y análisis genético conjunto con laboratorios de referencia internacionales.

El paciente, un varón de 83 años, no presentó síntomas respiratorios significativos y su infección fue detectada mediante PCR y posterior secuenciación genética, que confirmó la identidad del virus. Lo que ha despertado especial atención es que el paciente no había tenido contacto directo con cerdos ni con entornos ganaderos, lo que sugirió la posibilidad de transmisión persona a persona, un fenómeno poco frecuente en virus porcinos.

Según explica a Gaceta Médica María del Mar Tomás, médico microbióloga del Hospital A Coruña y vocal de comunicación de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), "un caso aislado suele considerarse un evento zoonótico esporádico, un salto puntual de animal a humano. Lo que sería preocupante sería evidencia de transmisión sostenida entre humanos, cambios genéticos que faciliten la unión del virus a receptores humanos o un aumento de casos sin vínculo claro con animales".

La especialista señaló que la influenza tiene un genoma segmentado, lo que permite el reordenamiento genético (reassortment): "Si un mismo huésped se infecta con dos virus distintos, como uno humano y uno porcino, pueden intercambiar segmentos y generar una nueva variante. Por eso es necesaria una vigilancia epidemiológica. No significa automáticamente que estemos ante una nueva pandemia, pero sí que los sistemas de salud deben monitorizarlo cuidadosamente".

Estos hallazgos subrayan la importancia de mantener sistemas de vigilancia activa, especialmente cuando los eventos involucran virus de origen animal, conocidos como zoonóticos, con capacidad de adaptación al huésped humano.



Los casos humanos documentados muestran síntomas similares a la gripe estacional: fiebre, tos, dolor muscular y malestar general

El 75% de las enfermedades emergentes humanas tienen origen animal

DIFERENCIAS CON LA GRIPE ESTACIONAL

Tomás destacó que, en la mayoría de los casos humanos documentados de gripe porcina, los síntomas eran similares a la gripe estacional, incluyendo fiebre, tos, dolor muscular y malestar general. Sin embargo, algunas variantes porcinas pueden provocar mayor afectación respiratoria y más casos en población joven, como ocurrió durante la pandemia de 2009. En los eventos recientes, la gravedad no ha sido superior a la de la gripe común.

En cuanto a la protección vacunal, la experta recordó que

las vacunas estacionales actuales están diseñadas frente a cepas humanas circulantes (H1N1, H3N2 e influenza B). "Si la variante porcina es genéticamente diferente, la protección puede ser parcial o limitada. No obstante, algunas cepas porcinas derivan del linaje pandémico 2009, lo que puede proporcionar cierto grado de inmunidad cruzada, y existen bancos de virus candidatos para fabricar vacunas específicas si fuera necesario", señaló.

HIPÓTESIS SOBRE LA VÍA DE CONTAGIO

La ausencia de contacto directo con cerdos abrió varias hipótesis sobre cómo el virus pudo infectar al paciente:

- Transmisión indirecta a través de otra persona que sí tuvo contacto con cerdos.
- Exposición ambiental en ferias ganaderas, transporte o mercados.
- Circulación limitada no detectada tras recombinación previa.
- Mutación que facilita mejor adaptación a humanos.

"Esto conecta directamente con el concepto de One Health, que reconoce que la salud humana, animal y ambiental están interconectadas", añadió la especialista. "La vigilancia en el ganado permite detectar nuevas variantes antes de que lleguen a

humanos, desarrollar vacunas candidatas y reducir el riesgo de eventos pandémicos. El 75% de las enfermedades emergentes humanas tienen origen animal; la gripe es uno de los mejores ejemplos históricos".

ANTECEDENTES

Este caso representa el cuarto caso humano de infección por virus de gripe porcina notificado en España desde 2009, y el segundo detectado en Cataluña en los últimos años. Los tres casos previos estuvieron asociados a exposiciones animales directas, como suele ocurrir con este tipo de virus, que circulan de manera endémica en las poblaciones porcinas.

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) notificó el caso a la OMS conforme al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que obliga a declarar eventos que puedan constituir un riesgo para la salud pública internacional.

Tras la detección, se realizó un rastreo de contactos del paciente. Los resultados fueron negativos y no se identificaron casos secundarios, lo que sugiere que el riesgo de transmisión sostenida en la comunidad es actualmente muy bajo. Sin embargo, las autoridades han mantenido una vigilancia estrecha para identificar posibles casos

adicionales o circulación viral no detectada hasta el momento.

Aunque las infecciones humanas por virus porcinos suelen ser esporádicas y generalmente leves, el evento ha suscitado atención internacional debido a su posible indicio de transmisión interhumana y al riesgo de reordenamiento genético. La OMS y los organismos de salud pública europeos siguen con atención estos fenómenos, que pueden generar nuevas variantes adaptadas al humano.

Las investigaciones continúan en España y en laboratorios de referencia de la OMS, con el objetivo de determinar el origen exacto del contagio, caracterizar el perfil genético del virus y evaluar sus implicaciones para la vigilancia de influenza zoonótica en Europa y a nivel global.

Si bien no existe evidencia de que el virus detectado en Lleida represente una variante más peligrosa que los virus porcinos previamente documentados, el caso resalta la importancia de la vigilancia epidemiológica, la caracterización genética de los virus y la integración del enfoque One Health en la prevención de enfermedades emergentes. La alerta temprana y el monitoreo activo son fundamentales para prevenir posibles brotes y preparar respuestas vacunales específicas frente a virus con potencial zoonótico.

XIV FORO eco 2026

Horizonte Europa 2030:
competitividad,
calidad e innovación

COBERTURA
COMPLETA
XIV FORO ECO



Especial
GACETA MÉDICA

ANÁLISIS

García-Foncillas: "El coste de la inacción supera con creces el coste de la transformación"

El presidente de la Fundación ECO apuntó el riesgo de "perder el tren de la investigación oncológica"

MARCOS YEBRA
Madrid

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) acogió este mes la decimocuarta edición del Foro ECO, una cita organizada por la Fundación Excelencia y Calidad en Oncología (ECO), bajo el lema "Horizonte Europa 2030: competitividad, calidad e innovación". Oncólogos, investigadores, gestores y representantes de la industria se han reunido para analizar una realidad ya palpable: en 2026, por primera vez, España superará los 300.000 nuevos casos de cáncer, consolidando a esta patología como la primera causa de muerte en nuestro país.

No perder el tren europeo

Jesús García-Foncillas, presidente de la Fundación ECO, fue



Jesús García-Foncillas (Fundación ECO).

el encargado de inaugurar la jornada con un discurso directo y cargado de urgencia ante la situación actual.

El presidente de Fundación ECO puso el foco en la pérdida de peso de Europa frente a otras potencias mundiales como China o Estados Unidos, asegurando que "hay un problema fundamental de competitividad

del entorno de Europa en un ámbito geopolítico complicado... corremos el riesgo de perder protagonismo y que de alguna forma Europa, con la capacidad que tiene de investigación tanto a nivel básico, traslacional como clínico, perdamos el tren".

Esta preocupación no es menor, ya que los datos indican que, en los últimos 20 años, Europa ha perdido un 25% de su cuota global de inversión en I+D.

Foncillas también destacó la carrera que están librando los centros españoles para obtener acreditaciones de prestigio como las de la OECI o los criterios de calidad de ASCO.

Estas certificaciones han dejado de ser un elemento accesorio para convertirse en un "punto inflexible e insoslayable teniendo en cuenta lo que es la práctica del día a día".

El foro también analizó el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, lanzado en febrero de 2021. A pesar de su ambición inicial, la Comisión Europea anunció recientemente una reestructuración de los fondos que supone un recorte del 20% de los 4.000 millones de euros asignados originalmente.

Dos velocidades

Ante esta situación, Foncillas lanzó una pregunta incómoda: "¿Cómo de qué manera lo estamos implementando? ¿En qué se está traduciendo nuestro entorno? Importa muchísimo en cómo se está aterrizando y qué información tenemos de cómo se está llevando a cabo esa implementación". Los expertos coincidieron en que existe una "Europa de dos velocidades" y que España debe pelear por

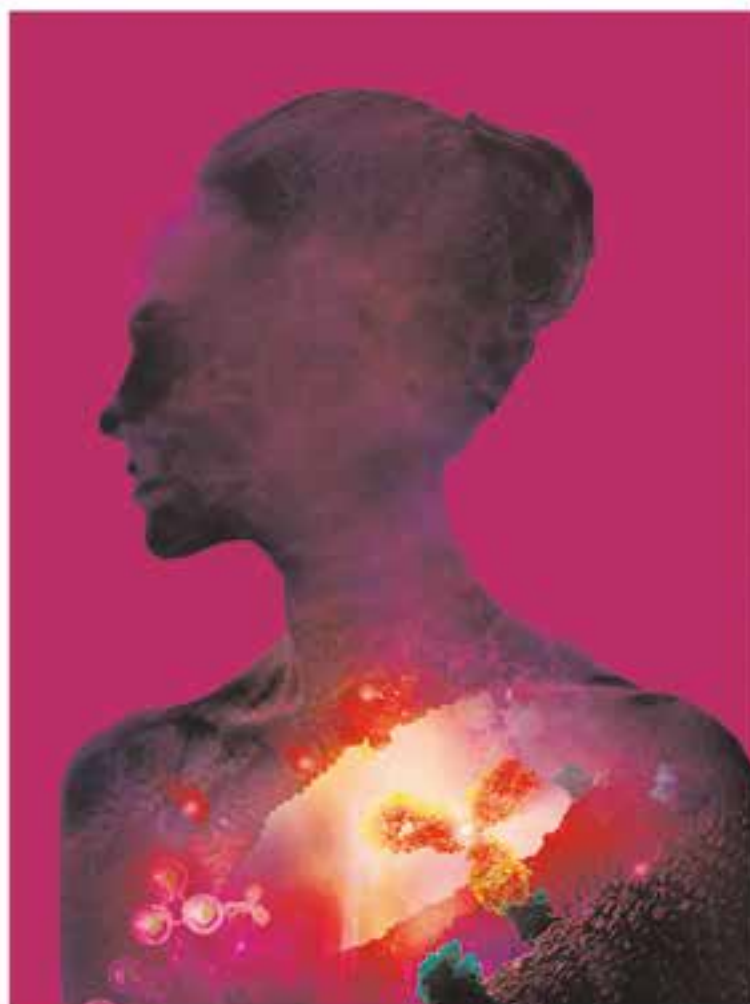
estar en el grupo de cabeza. En España, el tiempo medio para alcanzar la financiación de un nuevo fármaco oncológico tras la aprobación de la EMA se sitúa en torno a los 600 días.

"En este contexto complicado de innovación, estamos teniendo quizás en este momento más dificultad para llegar a posibles colaboraciones público-privadas con la industria farmacéutica", explicaba Foncillas, baticinando que "posiblemente el desarrollo de inteligencia artificial y luego en el contexto de la biomedicina se vea bastante truncado en comparación con el entorno americano o el entorno asiático". El Foro ECO propuso varias medidas urgentes: como la simplificación regulatoria, la unión entre ahorros e inversión, valorar la innovación como inversión. y la atracción de talento.



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

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



ES-34213-Enero de 2025

UN GRAN RETO

Una "Europa de varias velocidades": la propuesta de la oncología para salvar la innovación

El XIV Foro ECO analiza el impacto de las políticas comunitarias bajo el desafío de garantizar el I+D

MARCOS YEBRA
Madrid

La primera mesa del XIV Foro Eco lanzó una advertencia clara: Europa debe acelerar su transformación o quedará relegada a ser un mero mercado de innovaciones gestadas fuera. En el debate participaron Jesús García-Foncillas, presidente de la Fundación ECO, Josep Figueras, director del European Observatory on Health Systems and Policies en Bruselas, David Beas, director de Government Affairs & Market Access en Johnson & Johnson, Teresa Macarulla, jefa de servicio en el Hospital Clínic de Barcelona, Luis Paz-Ares, jefe de servicio del Hospital 12 de Octubre y Enrique Grande, director de One Oncology Madrid Program en Quironsalud. La situación es crítica ante lo

que los expertos denominan una "pandemia crónica": en 2026, España romperá la barrera de los 300.000 nuevos diagnósticos anuales de cáncer. Este aumento de la incidencia coincide con recortes presupuestarios en el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer y una pérdida alarmante de la soberanía científica. García-Foncillas define este momento como un punto de inflexión.

Vulnerabilidad estratégica

Los informes de Mario Draghi, Enrico Letta y Manuel Heitor han servido para diagnosticar una Europa fragmentada. Josep Figueras, director del European Observatory on Health Systems and Policies realizó una ponencia inicial y señaló que la falta de un mercado único oncológico tiene un coste real del 40% en tarifas, lo que supone una ba-



Mesa redonda I: el Plan de Cáncer Europeo y su implementación en España.

rrera directa al acceso. Además, criticó la lentitud de soluciones como el Espacio Europeo de Datos de Salud, cuya implementación plena se prevé para 2031. "Para entonces, ya se nos habrán 'comido' los chinos y los americanos", sentenció Figueras, quien propuso una "Europa de varias velocidades" para que los países más dinámicos no se vean frenados por el resto.

Beas alertó de que "Europa ha perdido el 25% de su cuota en

I+D en las últimas dos décadas". Mientras la inversión en I+D creció un 21% en China, en Europa solo lo hizo un 4%.

Por su parte, Teresa Macarulla advirtió de que España está "perdiendo el tren" en el desarrollo de fármacos que antes lideraba, como los destinados a mutaciones KRAS. Luis Paz-Ares criticó el "hipergarantismo regulatorio" y su efecto perverso, así como "la baja inversión pública en España, que se sitúa

más cerca del 1% que del 2% de la media europea en el PIB.

Grande, en su turno, calificó de "trampa" la gestión de los fondos Next Generation por su inmensa carga administrativa, que dificulta la labor del investigador clínico individual. Asimismo, García-Foncillas denunció una "endogamia continua" y un sistema que premia "calentar el asiento" sobre los méritos y el talento, lo que impide atraer investigadores internacionales.

Bristol Myers Squibb®

Los pacientes,
siempre en
el centro

bms.es

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

"Se aborda el cáncer como un problema coyuntural, pero es un problema estructural"

Fragmentación y falta de gobernanza son dos obstáculos para el avance del Plan Europeo contra el Cáncer

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

'European Beating Cancer Plan: ¿lo estamos cumpliendo?' Bajo este lema comenzó la tercera mesa de debate del XIV Foro ECO 2026. Delvys Rodríguez, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Insular de Gran Canaria y Emilio Esteban, jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Central de Asturias fueron los encargados de moderar el encuentro que comenzó con la ponencia de José María Martín-Moreno, coordinador de políticas sanitarias europeas y globales ECO y catedrático de Salud Pública de la Universidad de Valencia.

Esteban destacó que "debemos reflexionar sobre los objetivos que nos marcamos y disponer de datos claros que nos permitan evaluar qué estamos logrando



Mesa III: European Beating Cancer Plan: ¿lo estamos cumpliendo?

realmente, tanto en Europa como en España". Por su parte, Delvys Rodríguez, señaló que "es importante destacar que este plan no es solo una declaración política; se trata de una hoja de ruta clara, cuantificada y ejecutable. Si hacemos un símil con los ensayos clínicos, hoy podríamos plantearnos si realmente estamos alcanzando los 'endpoints' de este ensayo clínico en España".

Martín-Moreno advirtió sobre los desafíos que aún persisten. Entre ellos citó barreras financieras, falta de infraestructura y recursos humanos, coordinación institucional insuficiente, baja prioridad política en algunos países y desigualdades en la implementación de los programas. "Habría que hacer centrarse en implementar las acciones ya existentes del plan más que crear

nuevas iniciativas", insistió, alertando sobre la tendencia a generar proyectos sin garantizar su ejecución efectiva.

Sobre la financiación y sostenibilidad del EBCP, recordó que hasta abril de 2024 se habían invertido 532 millones de euros y alertó de que "cualquier reducción en la inversión prevista pone en riesgo los avances logrados".

Prevención y gobernanza

A continuación, Ramón Reyes, presidente de la Asociación Española Contra el Cáncer; Isabel Rubio, presidenta European Cancer Organisation y Ramón Salazar, jefe de Servicio de Oncología Médica del ICO Hospitalet, Barcelona, reflexionaron sobre los ejes fundamentales del Plan.

"En España no hay datos, prácticamente de nada, y tampoco me parece que haya mucha vo-

luntad de que los haya", señaló Isabel Rubio. "El abordaje del cáncer se tiene que hacer con una gobernanza en la que el paciente esté por encima de todo. En España hay falta de gobernanza, los datos no se intercomunican y los programas no están correctamente dirigidos", subrayó Reyes. "Faltan cuadros de mando con indicadores y resultados en todos los apartados del plan europeo contra el cáncer y por países y regiones europeas", indicó Salazar.

El debate cerró con un mensaje de responsabilidad compartida: la lucha contra el cáncer no es coyuntural, sino estructural. La prevención, la innovación, la gobernanza y la sociedad civil deben alinearse para garantizar resultados. España cuenta con bases sólidas, pero queda camino para asegurar la equidad en todo el territorio.



Dando pasos firmes contra el cáncer

Innovando para sacar el máximo potencial a la tecnología ADC.

Descubre más sobre nosotros en:
<https://daioncologia.es/>
ES/CH/109/24/0003

Pasión por la Innovación.
Compromiso con los Pacientes.



ACCESO A LA INNOVACIÓN

Los expertos apuestan por un Reglamento HTA que evite añadir nuevas capas de complejidad

Los ponentes ven la norma como una oportunidad y ponen el foco en la confianza entre evaluadores

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

En un contexto marcado por los retos en acceso, financiación y competitividad, durante el XIV Foro ECO, los expertos abordaron el desarrollo normativo nacional y europeo, como el Reglamento HTA, los modelos de pago por resultados o la incorporación de biomarcadores al sistema sanitario. Durante el debate, moderado por Pilar García Alfonso, vocal ECO y jefa de sección de Oncología Médica del Hospital Gregorio Marañón, y Rafael López, vicepresidente ECO y jefe de servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Santiago, se puso de manifiesto que el desafío no es únicamente regulatorio, sino de acceso, sostenibilidad y organización del sistema.

En primer lugar, César Hernández, director general de Cartera Común y Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, explicó que la visión de Sanidad ha quedado plasmada en la Estrategia de la Industria Farmacéutica, una hoja de ruta que trasciende la salud en sentido estricto para en-



Mesa IV. Acceso a la innovación: regulación y financiación.

tender que el impulso que ejerce es el principal motor de acceso y financiación. "No se trata solo de financiar medicamentos", señaló, subrayando que, si se invierte en prevención, esta debe cumplir realmente su función. A su juicio, la 'caja' que engloba todo el conjunto debe ser asequible y sostenible, y la estrategia debe identificar claramente dónde se genera valor.

Sobre los retos legislativos, indicó que el "Real Decreto de evaluación de tecnologías sanitarias (HTA) podría remitirse de forma inminente al Consejo de Estado y publicarse en abril". Se trata, precisó, de un real decreto de estructura que definirá qué se va a valorar. Por su parte, subrayó que "el RD de Precio y Financiación, que desarrollará la ley, podría

someterse a consulta pública a finales de abril o mayo". Según Hernández, el objetivo es situar los plazos en 180 días, aunque reconoció que "ello no depende únicamente del Ministerio, sino también de que las compañías acerquen posturas".

Eficiencia y reevaluaciones

El Reglamento HTA fue uno de los grandes protagonistas. En este punto, María Gálvez, Public Affairs Manager de Novartis, subrayó que puede ser una oportunidad, aunque pidió prudencia. "Muchas veces los procesos que queremos que sean más eficientes nos añaden complejidad y no queremos que el HTA añada una capa adicional ni que haya reevaluaciones por parte de los Estados miembros", señaló.

En la misma línea, Concha Martínez Cano, directora de Market Access Oncology de Daiichi Sankyo, afirmó que "el Real Decreto de HTA es una apuesta" y que "la forma de trabajar marcará cambios relevantes". Según Martínez Cano, "la confianza entre evaluadores será determinante y que, desde el punto de vista de la industria, supone un paso adelante, siempre que no añada una nueva capa de complejidad".

Por su parte, Joaquín Gavilá, jefe de Servicio de Oncología Médica del Instituto Valenciano de Oncología (IVO), recordó que "el paciente tiene un reloj biológico marcado por la enfermedad" y explicó que desde la Fundación ECO se han realizado aproximaciones para buscar estrategias que permitan un acceso más precoz a

los fármacos. Álvaro Hidalgo, presidente de la Fundación Weber, añadió que el desafío actual va más allá de la supervivencia. "No solo importa la supervivencia, sino también cómo se siente el paciente", afirmó. En su opinión, el reto en el que se encuentra ahora el sistema es integrar esos dominios no críticos.

El debate abordó también los acuerdos de pago por resultados. En este sentido, los expertos señalaron que los modelos basados en resultados pueden ser útiles en determinados medicamentos, aunque advirtieron de su complejidad cuando se aplican a poblaciones amplias y de la necesidad de mejorar los sistemas de información para medir resultados sin sobrecargar a los profesionales. También recordaron la importancia de equilibrar el acceso a la innovación con la sostenibilidad del gasto farmacéutico. En paralelo, destacaron la necesidad de ordenar el uso de biomarcadores, mejorar las bases de datos y reforzar la coordinación entre centros para garantizar equidad, calidad y una mejor conexión entre práctica clínica, investigación y sostenibilidad del sistema.

Importa

Experiencia e impacto del cáncer de mama precoz HR2+/HER2- desde la perspectiva de las pacientes

84%

expresa que el miedo a una posible recaída supone la principal preocupación sobre su futuro

54%

considera que no se ofrece suficiente información sobre el riesgo de recaída



Escanea el QR para consultar el informe completo

ESTÁNDARES DE CALIDAD

Más allá del sello: la certificación como motor de cambio cultural en oncología

Expertos y líderes del sector analizan los nuevos estándares de calidad en Oncología en el XIV Foro ECO

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Las certificaciones de calidad y su importancia en oncología centraron el debate de la segunda mesa del encuentro. Fue moderada por Ruth Vera, patrono ECO y jefa de Servicio de Oncología Médica en el Hospital de Navarra, y Pedro Pérez Segura, secretario ECO y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Pérez Segura reflexionó sobre el problema que supone que "muchas de las decisiones están en manos de responsables políticos sobre los que no tenemos capacidad de control". En esta línea, indicó que le "encantaría que estos grupos estuvieran formados por profesionales que viven el día a día de los pacientes".

Programa QOPI de ASCO

La mesa comenzó con la ponencia de Walter Birch, chief practice certification officer, American Society of Clinical Oncology (ASCO), quien expuso sobre la certificación QOPI de ASCO y la

importancia de la certificación en sí mismo para mejorar la calidad. "En ASCO, nuestra misión se basa en la investigación, la educación y la calidad, con el objetivo de conquistar el cáncer promoviendo la atención de la más alta calidad".

En Estados Unidos existen 57 centros oncológicos integrales designados por el National Cancer Institute. En el caso de España, contamos con 19 centros certificados y seis más que se encuentran en proceso, "lo que demuestra la excelente acogida del programa", señaló Birch que también aclaró que "la certificación no es solo para grandes centros académicos. El centro más pequeño que tenemos cuenta con cuatro oncólogos. Por lo que está dirigida a cualquier práctica que quiera demostrar calidad".

Mejora continua

Posteriormente, el debate se amplió con la participación de Carlos Martínez Díaz-Cacho, gerente adjunto de la Dirección General Asistencial de la Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid; Ana Blasco, auditora Calidad ECO



Mesa II: mejorando los estándares de calidad en Oncología.

y oncóloga en el servicio de Oncología Médica del Hospital AS-CIRES en Valencia; Enrique Gonzalez-Billalabeitia del Servicio de Oncología Médica del Hospital 12 Octubre de Madrid y Bibiana Navarro, directora de Calidad del Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

En España, el debate sobre la calidad asistencial en oncología vive un momento intenso. Tal y como puso de manifiesto durante el encuentro Ruth Vera, "ya no es solamente una necesidad, sino un imperativo asistencial". Más allá del "papel de la certificación", el verdadero reto está en consolidar una cultura de trabajo basada en la mejora continua.

En los procesos de recertificación, explicó Ana Blasco, se está evidenciando que no se puede avanzar si no se integra de manera estructural la formación en calidad. "No vamos a poder avanzar si no entramos dentro de la formación en calidad", afirmó. Bibiana Navarro, por su parte, aseguró que "la participación en procesos como la acreditación de ASCO o la certificación como centro de cáncer no puede ser algo que se prepare exclusivamente para una auditoría. La experta recalcó que "esta es la manera en la que debemos funcionar", independientemente de si se busca un sello o no.

Gonzalez-Billalabeitia, por su parte, insistió en la importancia de la dirección. "Que la dirección entienda que esto es esencial para poder generar cambio es la clave", afirmó: "Sin liderazgo institucional, resulta difícil normalizar procesos y establecer mínimos comunes".

El papel del paciente

El papel del paciente adquirió especial protagonismo. Más allá del discurso, se reconoció la necesidad de incorporarlo de forma real en comisiones y procesos decisorios. "Muchas veces trabajamos para los pacientes, pero sin los pacientes", afirmó Martínez Díaz-Cacho. En este sentido, en la planificación estratégica del modelo oncológico 2030 de la Comunidad de Madrid, aseguró que la intención de que la voz del paciente sea un elemento activo y no meramente institucional.

El cierre resumió el espíritu del encuentro: si se logra cerrar el círculo, los programas de calidad serán un éxito para todos. "Primero para los pacientes, pero también para los profesionales", se concluyó.

ENTREVISTA

Birch (ASCO): "La certificación inculca una cultura de calidad en los centros oncológicos"

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La certificación internacional en oncología es una herramienta clave para impulsar la calidad asistencial en España. Así lo puso de relieve Walter Birch, responsable de certificación de prácticas de la American Society of Clinical Oncology (ASCO), en conversación con Gaceta Médica tras su intervención en el XIV Foro ECO. Birch defendió que la estrategia de ASCO se apoya en tres pilares -investigación, educación y calidad- con el objetivo de "conquistar el cáncer a través de la promoción de la atención de mayor calidad".

El modelo que promueve ASCO se basa en un proceso estructurado de medición, mejora y certificación. A través de registros



Walter Birch (ASCO).

clínicos con más de 50 indicadores basados en la evidencia, las instituciones pueden evaluar su práctica real, compararse con otros centros y detectar áreas de mejora.

En este contexto, destacó especialmente el trabajo de-

sarrollado en España junto a la Fundación ECO. A su juicio, la colaboración está permitiendo adaptar los estándares internacionales al entorno nacional: "Lo que están haciendo en España, particularmente con la Fundación ECO, es tomar toda la calidad que pueden identificar y hacerla práctica para los centros españoles", aseguró Birch en declaraciones a Gaceta Médica. Además, insistió en que el objetivo no es exportar un modelo rígido, sino "llevar la calidad y hacerla culturalmente apropiada para ajustarse a las necesidades de cada país".

Uno de los ejes centrales es el programa de certificación QOPI -Quality Oncology Practice Initiative-, un reconocimiento con validez de tres años dirigido a

consultas ambulatorias de hematología y oncología. Para obtenerlo, los centros deben superar una evaluación específica de 25 indicadores de calidad y demostrar el cumplimiento de 22 estándares de seguridad en la administración de terapias antineoplásicas, desarrollados en colaboración con la Oncology Nursing Society. El proceso incluye revisión documental y auditorías presenciales, y exige recertificación trienal, reforzando así el compromiso con la mejora continua.

Asimismo, Birch defendió la importancia de mantener e impulsar esta certificación en los centros españoles. "Es muy importante porque inculca una cultura de calidad", afirmó. Según explicó, el impacto va más allá de los indicadores: "No es solo

el programa; cuando el personal trabaja en calidad, empieza a intentar hacer calidad en todo lo que hace, y los pacientes notan la diferencia". Para el experto, uno de los aspectos más gratificantes es precisamente comprobar que "los pacientes perciben que la calidad está mejorando y que el equipo se esfuerza y continúa mejorando".

La implantación en España refleja esta tendencia. Actualmente, 19 centros españoles cuentan con la certificación y otros seis se encuentran en proceso. "No es solo para grandes centros académicos; la práctica más pequeña certificada tiene cuatro oncólogos", recordó Birch, quien reiteró que el objetivo final es claro: trasladar la calidad, de forma práctica y medible, a la experiencia real del paciente oncológico.

**COBERTURA
COMPLETA
XIV FORO ECO**



Primer estudio sobre metapneumovirus: causa el 75% de los ingresos en niños

Revela un pico de casos en 2023, con más de 4.800 hospitalizaciones y un coste superior a 22 millones de euros

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ

Madrid

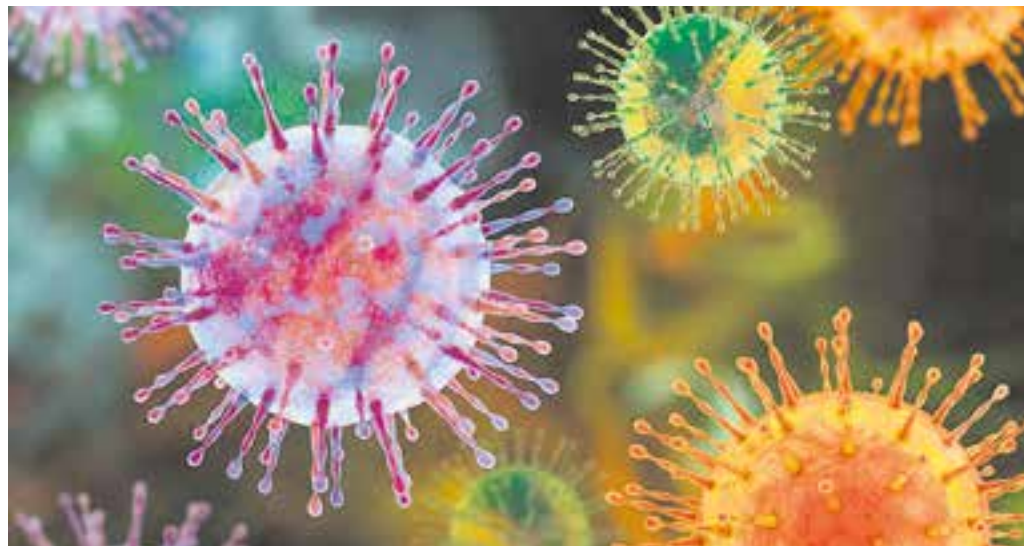
El sistema sanitario español se enfrenta a un enemigo persistente pero, hasta hace poco, insuficientemente documentado. Se trata del metapneumovirus humano (HMPV), un patógeno respiratorio que, pese a ser identificado por primera vez en 2001, ha permanecido a la sombra de otros gigantes como la gripe, COVID-19 o el virus respiratorio sincitial (VRS). Sin embargo, un nuevo estudio pionero, el primero en analizar la carga hospitalaria de este virus a nivel nacional en España, revela una realidad preocupante: el HMPV no solo es una causa mayor de ingresos graves, sino que su impacto económico supera los 22 millones de euros.

La investigación, liderada por investigadores de la Universidad Rey Juan Carlos y del CIBER, ha analizado los datos del Sistema Nacional de Datos Hospitalarios (CMBD) entre los años 2016 y 2023. Los resultados dibujan una radiografía clara de un virus que aprovecha la vulnerabilidad de los extremos de la vida y que ha experimentado un «renacimiento» epidemiológico tras la pandemia de COVID-19.

FOCO: NIÑOS Y MAYORES

A lo largo de los ocho años analizados, el estudio identificó un total de 4.824 hospitalizaciones confirmadas por HMPV en España. Lo que más llama la atención es la distribución por edades, confirmando las consecuencias en los grupos más frágiles, como la población pediátrica (0-5 años) que concentra el 75% de todos los ingresos relacionados con el virus. La tasa de hospitalización anual se sitúa en 18,7 por cada 100.000 niños, pero la cifra se dispara de forma alarmante en los bebés menores de un año, alcanzando los 80,5 casos por cada 100.000 habitantes.

Los adultos mayores (más de 60 años), representan el 16% de los ingresos, con una tasa de 0,79 hospitalizaciones por cada 100.000 personas en este rango de edad. Aunque el número de ingresos es menor que en niños, la gravedad clínica y la mortalidad son drásticamente superiores. En cuanto a los adultos jóvenes y de mediana edad (6-59 años), suponen apenas el 9,45% de los ingresos, con cuadros que



suelen estar vinculados a patologías de base.

A nivel biológico, el metapneumovirus humano (HMPV) ha experimentado cambios en su clasificación científica reciente. Anteriormente asociado a la familia Paramyxoviridae, en 2016 fue reclasificado dentro de la familia Pneumoviridae.

Uno de los mayores obstáculos para su control es que los síntomas iniciales, como la tos, la fiebre y la congestión, son virtualmente indistinguibles de otros virus respiratorios basándose únicamente en la observación clínica.

Esta similitud obliga a depender de pruebas moleculares específicas, ya que el virus tiene un periodo de incubación de entre 3 y 6 días antes de que los síntomas puedan progresar hacia cuadros graves que requieran atención hospitalaria.

LAS DOS CARAS DEL HMPV

El HMPV no se manifiesta de la misma forma en todos los pacientes. Los síntomas comunes suelen incluir tos, fiebre, congestión nasal y dificultad para respirar, pero la evolución clínica varía según la edad.

En el caso de los niños, la manifestación clínica dominante es la bronquiolitis, diagnosticada en el 62,3% de los pequeños hospitalizados. Esto se traduce en una estancia hospitalaria media de 5 días y un coste promedio de 3.678 euros por cada ingreso.

Dentro del grupo pediátrico, el estudio destaca una vulnerabilidad crítica en los menores de un año. Mientras que la tasa general en niños es de 18,7 por cada 100.000, en los bebés de menos de 12 meses la cifra escala

El HMPV prácticamente desapareció en 2020 debido a las medidas de control social y el uso de mascarillas

de forma dramática hasta los 80,5 ingresos por cada 100.000 habitantes. Esto convierte a los lactantes en el grupo con mayor presión asistencial, donde la bronquiolitis es la causa casi absoluta de su hospitalización.

Por el contrario, para los mayores de 60 años, el diagnóstico más frecuente es la neumonía, presente en más del 91% de los casos. Aquí, la estancia media se prolonga hasta los 8 días, con un coste que escala hasta los 7.225 euros por paciente, reflejando la complejidad de su tratamiento y el uso de mayores recursos.

LA FACTURA DEL HMPV

El impacto económico del metapneumovirus humano es uno de los pilares más reveladores del estudio. Durante el periodo 2016-2023, el coste total de estas hospitalizaciones para el Sistema Nacional de Salud superó los 22 millones de euros.

Si desglosamos esta cifra, vemos que las hospitalizaciones infantiles supusieron un gasto de más de 13 millones de euros, mientras que los adultos mayores de 60 años representaron más de 5,54 millones. Lo más inquietante para los gestores sanitarios es la tendencia: el estudio estima un incremento anual de los costes de 780.245 euros.

El estudio documenta una inflexión histórica en 2020. Debido a las medidas de control social y el uso de mascarillas durante la pandemia, el HMPV prácticamente desapareció, siguiendo la estela de otros virus respiratorios. Sin embargo, a partir de 2021, las tasas de hospitalización iniciaron un ascenso vertiginoso, alcanzando su pico máximo en 2023 con 4.824 hospitalizaciones.

Este repunte se explica a través de la falta de exposición al virus durante meses dejó a la población, especialmente a los niños nacidos en pandemia, sin defensas naturales, lo que provocó brotes más intensos al relajarse las medidas de protección. En los adultos mayores de 60 años, la tasa de hospitalización experimentó un crecimiento anual del 77,11% en el periodo post-pandemia.

MORTALIDAD

La severidad del HMPV se mide en sus tasas de letalidad. Aunque en niños las muertes son extremadamente raras, con solo 2 casos registrados en pacientes con patologías de muy alto riesgo, en los adultos mayores la situación es crítica. La tasa de letalidad en el grupo de mayores de 60 años alcanza el 9,65%, lo que implica que casi uno de cada diez ancianos hospitalizados fallece.

El estudio identifica varias comorbilidades que multiplican el riesgo de un desenlace fatal, como la insuficiencia renal aguda, que en mayores de 60 años, multiplica por más de cuatro las probabilidades de muerte (OR: 4.43); el cáncer, que es un factor de riesgo masivo, especialmente en el grupo de 6 a 59 años, donde

multiplica el riesgo de mortalidad por 4,93, o las enfermedades hepáticas y cardiopulmonares que también se asocian a una mayor gravedad y peor pronóstico clínico.

Si bien el riesgo aumenta a partir de los 60 años, el estudio identifica picos de mortalidad extrema en edades muy avanzadas.

Las tasas de letalidad más altas se registraron en los grupos de 85 a 89 años y en mayores de 90 años. En estos pacientes, la presencia de enfermedades cardiopulmonares previas multiplica significativamente el riesgo de fallecimiento, especialmente cuando deriva en una neumonía neumocócica secundaria.

PREVENIR Y VACUNAR

Los autores del estudio recalcan que estos hallazgos deben marcar un antes y un después en la gestión de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en España. El HMPV sigue estando infradiagnosticado porque las pruebas diagnósticas rutinarias a menudo no lo incluyen, lo que lleva a una subestimación de su impacto real.

Con varias vacunas en fase de desarrollo, España debe prepararse para implementar estrategias dirigidas a los grupos más vulnerables.

Las recomendaciones finales del informe son claras para los profesionales sanitarios: comienza a aumentar la vigilancia epidemiológica, reforzando el seguimiento tras la pandemia para anticipar brotes, hasta la mejora del diagnóstico clínico implementando pruebas rutinarias que identifiquen específicamente el HMPV para evitar el uso innecesario de antibióticos y optimizar el tratamiento.

Además, la protección de grupos de riesgo es fundamental monitorizando estrechamente a pacientes con cáncer, insuficiencia renal o enfermedades hepáticas que presenten síntomas respiratorios.

En conclusión, el metapneumovirus humano ha salido de la sombra. Con un coste de 22 millones de euros y una mortalidad significativa en la población anciana, los autores de estudio ponen el balón en el tejado de las administraciones para actuar antes de que el próximo invierno vuelva a poner en jaque nuestras plantas de hospitalización.



Análisis

La burocracia es la mejor socia del cáncer

Nadie quiere estar en la piel de una de las 300.000 personas a las que este año les detectarán un cáncer en España. El cáncer es el principal reto que tiene la investigación médica y, por eso, los nuevos medicamentos están impulsando cotas de supervivencia inalcanzables hace no tanto. Los tratamientos cada vez son más efectivos, pero tenemos un problema: no siempre llegan a tiempo. Es inconcebible que la burocracia deje sin tratamiento para su enfermedad a una sola persona.

La investigación pone a disposición de la sociedad tratamientos cada vez más efectivos e innovadores. Pero en Europa, y también en España, tenemos un problema del que habló claramente el doctor Luis Paz-Ares, jefe de servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre, en el XIV Foro ECO. Allí alertó sobre el "efecto perverso" que tiene ser "hiper garantistas" a la hora de diseñar y aplicar los alambicados entramados normativos a los que se somete el sector salud.

Los procesos de aprobación de tratamientos son eternos y repetitivos. Un fármaco que tiene luz verde a nivel comunitario debe enfrentar después un procedimiento de aprobación nacional y, en ocasiones, también autonómico e incluso hospitalario. De poco sirven los avances científicos que pueden cambiar la vida de miles de pacientes oncológicos si, después, la burocracia impide que lleguen a tiempo. Parece que se nos ol-



Enrique Delgado Sanz

Director de
Gaceta Médica

"De poco sirven los avances científicos si un laberinto de trámites impide que lleguen a tiempo a la gente"

"La vida de los pacientes se va en los trámites a los que se enfrentan los tratamientos innovadores"

vida que la vida de muchas personas se escapa en esa carrera de obstáculos de aprobaciones, exámenes y papeleo.

El Informe WAIT cifra en 616 los días que pasan actualmente entre que la EMA aprueba un fármaco y llega al paciente en España. Según los cálculos del Ministerio de Sanidad, el dato es algo más esperanzador, pero poco: pasan 503



días desde que un tratamiento innovador recibe la luz verde europea y logra financiación en nuestro país. En EEUU, mientras tanto, ese tratamiento puede llegar en meses al paciente. ¿Tiene sentido duplicar o incluso triplicar los procesos de aprobación dentro de la Unión Europea? Tengamos clara una cosa: cada fase que se repite no añade seguridad, añade tiempo. Y contra el cáncer, el tiempo es oro.

Los pacientes cada vez van a tener más peso en el tablero sanitario. En esa dirección va, precisamente, el anteproyecto de ley de Organizaciones de Pacientes que está impulsando -y que avanza a buen ritmo- el Ministerio de Sanidad. Y la legislación relativa a la aprobación de los tratamientos innovadores debería tener en más en cuenta la máxima de que el paciente es el objetivo por el que trabaja

todo el sector. Hay que curar a esas personas y, si no se puede, al menos hay que darles tiempo. Pero la ecuación nunca puede ser al revés: la burocracia no puede restar tiempo a los pacientes de cáncer.

Si todos tenemos claro que la salud es un eje fundamental de nuestra vida personal y también de nuestras sociedades en conjunto, solucionar esta paradoja que sufren los pacientes debería ser un asunto que bien podría suscitar pactos de Estado o conjuras entre fuerzas políticas antagónicas para mejorar la situación. Pero esto, simplemente, no pasa y el problema sigue ahí.

Ser garantistas es imprescindible. Los medicamentos innovadores deben someterse a los mayores estándares de calidad, seguridad y eficacia antes de llegar al paciente. De hecho, el sistema regulatorio europeo es uno de los más rigurosos del mundo y ha contribuido a generar confianza en los tratamientos que se prescriben.

Pero no podemos viciar el sistema y pecar aquí por exceso. Las precauciones son necesarias y bienvenidas. Pero existe una línea fina entre la prudencia y la parálisis administrativa y es justo ahí donde anida ese efecto perverso sobre el que avisó el doctor Paz-Ares. Tenemos los mejores aliados posibles contra el cáncer. Solo tenemos que acabar con el mejor socio que están encontrando los tumores y que, paradójicamente, vive en los despachos.

Primera Edición de los Premios

IA BIC 2026

Consulta toda
la información

