

GACETA MÉDICA

Abril de 2026

Año XXIV - Nº 977



ESTATUTO MARCO

Sanidad, entre las CCAA y los sindicatos

Los médicos presionan en los despachos y en la calle con las huelgas

P. 14

Las regiones del PP piden la dimisión de la ministra al calor del mediador

P. 4



PROTEGE TU FUTURO CON EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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



900 82 20 82
www.amaseguros.com



A.M.A.
agrupación mutua
aseguradora

**Porque
somos
Sanitarios**



**Seguro de Responsabilidad
Civil Profesional**

A.M.A.
GRUPO

A.M.A.
agrupación mutua
aseguradora

AmaVida
Seguros de vida para
profesionales sanitarios

A.M.A.
Fundación A.M.A.

A.M.A.
ECUADOR

La Mutua de los Profesionales Sanitarios.

Opinión

El reto de 2026: reconstruir la sanidad desde la atención primaria

A CORAZÓN ABIERTO



Pilar Rodríguez Ledo

Presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

El año 2026 se presenta como un punto de inflexión para el Sistema Nacional de Salud. Tras un periodo marcado por la pandemia, la presión asistencial sostenida y una creciente complejidad clínica y social, la sanidad española se enfrenta al reto de evolucionar sin perder sus principios esenciales: equidad, universalidad, calidad y cercanía a las personas. No se trata únicamente de resistir, sino de transformar el sistema con una visión estratégica y a largo plazo.

Uno de los grandes desafíos será reforzar de manera efectiva la Atención Primaria como eje vertebrador del sistema sanitario. Desde la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) llevamos años defendiendo que no es posible garantizar la sostenibilidad del SNS sin una Atención Primaria fuerte, accesible y resolutive. En 2026 ya no bastará con reconocer su papel en los discursos: será imprescindible dotarla de recursos humanos, organizativos y tecnológicos suficientes para liderar la atención a la cronicidad, la prevención, la promoción de la salud y la coordinación asistencial.

Ligado a ello, el déficit de profesionales sanitarios, especialmente de médicos de familia, continúa siendo uno de los problemas estructurales más preocupantes. La falta de relevo generacional, la sobrecarga asistencial y unas condiciones laborales poco atractivas amenazan la calidad del sistema. Desde la SEMG insistimos en que la solución no pasa solo por aumentar el número de plazas formativas, sino por hacer de la Medicina de Familia una opción profesional atractiva: estabilidad, reconocimiento, tiempo clínico suficiente y oportunidades reales de desarrollo profesional. Cuidar a los profesionales es una condición imprescindible para cuidar a la población.

Otro reto clave para 2026 será la gestión de la cronicidad, la multimorbilidad y la fragilidad, en un contexto de envejecimiento progresivo de la población. Vivimos más años, pero con mayor carga de enfermedad y dependencia. Esto exige un cambio de modelo: pasar de una atención fragmentada y reactiva a un enfoque integral, proactivo y centrado en la persona. La Medicina de Familia, por su visión longitudinal y biopsicosocial, es el ámbito idóneo para liderar este cambio, garantizando continuidad asistencial y una atención adaptada a las necesidades reales de cada paciente.

La salud mental seguirá siendo en 2026 uno de los grandes retos sanitarios y sociales. El aumento de los trastornos emocionales, la ansiedad, la depresión y el malestar psicosocial requiere respuestas coordinadas y accesibles. Desde la SEMG defendemos que la Atención Primaria debe jugar un papel clave en la detección precoz, el acompañamiento y la coordinación con otros niveles asistenciales, siempre que cuente con formación, recursos y tiempo suficiente. Integrar la salud mental en la práctica cotidiana es una necesidad inaplazable.

La transformación digital del sistema sanitario continuará avanzando, pero el verdadero reto no será tecnológico, sino organizativo y humano. La digitalización debe estar al servicio de los profesionales y de los pacientes, facilitando la atención y reduciendo la burocracia, no incrementando la carga administrativa. En 2026 será imprescindible evaluar el impacto real de las herramientas digitales, priorizando aquellas que mejoren la calidad asistencial, la continuidad de cuidados y la equidad en el acceso.

Asimismo, la investigación en Atención Primaria debe consolidarse como una prioridad estratégica. Desde la SEMG apostamos por una investigación vinculada a la práctica clínica real, capaz de generar conocimiento útil para la toma de decisiones y la mejora de la atención. Potenciar estructuras de apoyo, redes colaborativas y tiempo protegido para investigar permitirá avanzar hacia un sistema más eficiente y basado en la evidencia. Sin la Atención Primaria la evidencia cojea.

Por último, no podemos olvidar el reto de la humanización de la asistencia sanitaria. En un contexto de presión constante, existe el riesgo de despersonalizar la atención. Sin embargo, la calidad asistencial no puede desligarse del trato humano, la escucha activa y el acompañamiento. Humanizar también implica cuidar a los profesionales, reconocer su esfuerzo y crear entornos de trabajo saludables.

El año 2026 exigirá decisiones valientes, consensos amplios y una visión compartida. Desde la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia creemos firmemente que reforzar la Atención Primaria, poner a las personas en el centro y apostar por los profesionales no es una opción ideológica, sino una necesidad estratégica para garantizar un sistema sanitario sostenible, equitativo y de calidad para el futuro.

La voz del paciente entra en la gobernanza sanitaria

EDITORIAL

La creación de la nueva Mesa de participación de pacientes por parte del Ministerio de Sanidad marca un punto de inflexión en la relación entre la administración pública y la ciudadanía en el ámbito sanitario. No se trata únicamente de un nuevo órgano consultivo, sino de un reconocimiento explícito (largamente demandado) de que los pacientes deben ocupar un lugar central en la toma de decisiones que afectan directamente a su salud y calidad de vida.

Durante años, las asociaciones de pacientes han reclamado mecanismos estables, estructurados y con capacidad real de influencia. La tramitación de la futura Ley de Organizaciones de Pacientes ha ido reflejando, paso a paso, esa demanda creciente. Desde la aprobación del anteproyecto en Consejo de Ministros, pasando por el proceso de consulta pública, hasta la presentación de alegaciones por parte del tejido asociativo, el mensaje ha sido claro: no basta con escuchar, es necesario integrar la voz del paciente en la gobernanza sanitaria.

En este contexto, la Mesa de participación de pacientes supone un avance tangible. Tal y como ha defendido el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, en los últimos meses, el objetivo de la ley es dotar de un marco estable a la participación, superando la lógica puntual o simbólica que históricamente ha caracterizado este ámbito. La Mesa responde precisamente a esa aspiración: institucionalizar la interlocución, hacerla continua y, sobre todo, útil.

Las declaraciones más recientes de la ministra de Sanidad, Mónica García, refuerzan esta idea. La voluntad política de abrir el sistema a quienes lo utilizan (los pacientes) no solo es coherente con los principios de un Sistema Nacional de Salud moderno, sino que también responde a una necesidad práctica: mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia de las políticas sanitarias. Escuchar a los pacientes no es un gesto, es una herramienta de mejora.

Ahora bien, el valor de esta iniciativa dependerá en gran medida de su desarrollo efectivo. Las asociaciones han sido claras en sus alegaciones: reclaman independencia, transparencia, financiación adecuada y capacidad de incidencia real. La Mesa no puede convertirse en un mero espacio formal si no se traduce en cambios concretos en la elaboración de políticas públicas, en la evaluación de servicios o en la priorización de recursos.

Por eso, este paso debe interpretarse como el inicio de un camino, no como su culminación. La creación de la Mesa es, sin duda, una señal positiva y necesaria. Refleja una evolución en la cultura institucional del sistema sanitario español, más abierta, más participativa y más consciente de que la experiencia del paciente es un activo imprescindible.

En definitiva, dar voz a los pacientes no es solo una cuestión de justicia, sino también una condición para construir un sistema sanitario más sólido, más humano y más eficaz. La Mesa de participación abre esa puerta. Ahora corresponde a todos —administración, profesionales y asociaciones— asegurarse de que se cruza de verdad.

“La salud mental seguirá siendo en 2026 uno de los grandes retos sanitarios. El aumento de los trastornos emocionales, la depresión y el malestar psicosocial requieren respuestas coordinadas y accesibles”

Innovar para celebrar. 20 años que miran hacia delante

CARTA DEL EDITOR

Celebrar dos décadas de trayectoria en el ámbito sanitario en una cátedra es un ejercicio de proyección y anticipación. Y eso es lo que ha demostrado la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos en su vigésimo aniversario: que la mejor manera de conmemorar el pasado es anticipar el futuro.

Conmemorar anticipando la innovación

A lo largo del acto celebrado recientemente en la RANM para celebrar su 20 aniversario, las voces de sus invitados —gestores, clínicos, investigadores, economistas de la salud y representantes de pacientes— dibujaron un ecosistema rico y plural. No se trató de una suma de intervenciones, sino de una narrativa coherente: la innovación, entendida en sentido amplio, como motor imprescindible de la medicina contemporánea.

Desde la gestión sanitaria, se evidenció que innovar ya no es una opción, sino una responsabilidad estructural y el sentido de los y las profesionales que tienen responsabilidades, a cualquier nivel. Desde la práctica clínica, se puso de manifiesto que los avances tecnológicos, organizativos y terapéuticos están redefiniendo la relación con el paciente y los resultados en salud. Y desde la investigación y la economía de la salud, se apuntó hacia un horizonte donde la inteligencia artificial, el análisis de datos y los nuevos modelos de evaluación marcarán un antes y un después en la toma de decisiones. De hecho, es ya el presente.

En ese contexto, la presencia —todavía incipiente pero ya ineludible— de la inteligencia artificial se deslizó como una constante silenciosa: no como promesa, sino como presente y realidad emergente que obliga a repensar procesos, roles y prioridades. La innovación que viene no será incremental, será transformadora.



Santiago de Quiroga

Editor de
Gaceta Médica

**"Innovar ya no es una opción,
sino una responsabilidad
estructural y el sentido de
los y las profesionales con
responsabilidades"**

Una cátedra integradora

Uno de los mayores aciertos de la cátedra que dirige el profesor Ángel Gil ha sido precisamente su capacidad para integrar todas estas perspectivas sin perder el foco. Porque, más allá de los discursos, el hilo conductor ha sido siempre el mismo: el paciente. Innovación, gestión, calidad, innovación y conocimiento no como fines en sí mismos, sino como herramientas para mejorar resultados, experiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

En este recorrido, el papel de Johnson & Johnson ha sido especialmente relevante. Su apoyo constante ha permitido consolidar un espacio de reflexión y generación de conocimiento que trasciende lo académico para impactar en la práctica real. Un acompañamiento inteligente, respetuoso con la autonomía académica y alineado con la necesidad de dotar de rigor y estructura universitaria a muchas iniciativas que, de otro modo, quedarían dispersas.

Y en el centro de todo, la figura del profesor Ángel Gil. Su visión, perseverancia y capacidad de articulación han sido determinantes para convertir esta cátedra en un referente. Así lo puso de manifiesto en la clausura el vicerrector de la URJC, el profesor Manuel Durán. Durán alabó la trayectoria personal y profesional de Gil y dejó evidencia del reconocimiento que tiene la Cátedra y su director. No es sencillo sostener durante 20 años un proyecto que combine influencia, credibilidad y utilidad.

Porque, en última instancia, no puede haber mejor balance para una cátedra que este: haber sido capaz de difundir, transmitir, otorgar premios y generar conocimiento útil para el sistema sanitario. Y, sobre todo, hacerlo mirando siempre hacia delante.

Celebrar innovando. Esa es, probablemente, la mejor lección de estos veinte años.

EN IMÁGENES

El Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres recibe el Sello de Calidad en Gestión de Información al Paciente Onco-hematológico

En un acto que sirvió para destacar la importancia de la humanización y el rigor científico en el tratamiento del cáncer, el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres ha recibido el Sello de Calidad en Gestión de la Información Multidisciplinar al Paciente Onco-hematológico. Este reconocimiento, otorgado por Fundamed en colaboración con la compañía BeOne Medicines y bajo el aval técnico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), sitúa al centro cácerense a la vanguardia de la atención farmacéutica especializada.

La entrega del certificado puso de manifiesto cómo la comunicación efectiva y la coordinación entre servicios son, en sí mismas, herramientas terapéuticas de primer orden.

La apertura del acto corrió a cargo de Encarnación Solís Pérez, gerente del Área de Salud de Cáceres, quien comenzó su intervención destacando que este nuevo logro "no es un hecho aislado, sino la continuación de una estrategia institucional volcada en el paciente". Solís recordó que el Servicio de Farmacia ha demostrado una trayectoria sólida en humanización de la prestación farmacéutica.



El presidente de Fundamed, Santiago de Quiroga, explicó que el proyecto nació en 2020, en plena pandemia, tras detectar "una brecha en relación a la información que recibía el paciente oncohematológico". Para corregir esta situación, se trabajó con más de una veintena de servicios de farmacia y la SEFH "para revisar cómo se podía identificar las prácticas y normalizarlas". Quiroga subrayó que "la calidad de vida y la supervivencia de pacientes bien informados está ya documentada que tiene repercusiones en extensión de no solo la calidad de vida, sino que obviamente por el seguimiento de los tratamientos y las indicaciones adecuadas".

Desde la perspectiva de la industria comprometida con la asistencia, Margarita Jiménez, Market Access Manager de BeOne Medicines, destacó que los objetivos del Servicio de Farmacia de Cáceres, encajan perfectamente con la filosofía de su compañía. Y es que "BeOne Medicine también tiene al paciente en el centro, trabajamos día a día también para que el acceso a los fármacos sea rápido y accesible", afirmó Jiménez, quien también quiso poner en valor la naturaleza transversal del trabajo. Además destacó que "está entre de los objetivos que tiene el servicio de farmacia: educar en todos aquellos aspectos relacionados con el uso correcto de los medicamentos, elaborar protocolos para utilizarlos correctamente e implementar métodos que garanticen su cumplimiento".

GACETA MÉDICA

wecare-u.
healthcare communication group

Publicación de:



wecare-u.

EDITOR: Santiago de Quiroga

Director editorial: Enrique Delgado Sanz

Redacción: Ana Sánchez (Jefa de Sección), Andrea Rivero, Claudia Vaquero, Javier Alberca 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

El PP encuentra en la Sanidad uno de sus arietes para desgastar al Gobierno

Las CCAA gobernadas por los populares han convertido cada crisis sanitaria en una ofensiva política

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El rechazo del Comité de Huelga al mediador planteado para tratar de reconducir el conflicto del Estatuto Marco ha dado un nuevo impulso a la ofensiva política que las CCAA del PP mantienen desde hace tiempo contra el Ministerio de Sanidad de Mónica García. Lo que en apariencia era una vía para desatascar la crisis con los médicos acabó saltando por los aires cuando los representantes de la huelga ni siquiera llegaron a sentarse por su desacuerdo con la figura elegida para intermediar. Ese episodio dejó a Sanidad aún más expuesta y ofreció a los consejeros populares un nuevo argumento para denunciar la falta de control del Ministerio sobre uno de los conflictos sanitarios más delicados de la legislatura.

Más allá de ese episodio concreto, el choque por el Estatuto Marco encaja en una dinámica más amplia. En distintos Consejos Interterritoriales del Sistema Nacional de Salud, las CCAA del PP han ido convirtiendo cada discrepancia con el Ministerio en un pulso político de mayor envergadura: primero con las mascarillas, después con la falta de profesionales, más tarde con las plazas MIR, el enfrentamiento por los datos de los cribados de cáncer de mama y, finalmente, con la huelga médica. La suma de todos esos episodios ha erosionado el clima del CISNS y ha consolidado la imagen de un órgano cada vez más atravesado por la confrontación partidista.

ESTATUTO MARCO

El conflicto del Estatuto Marco ha sido el último gran campo de batalla. La presión de las CCAA del PP fue subiendo de peldaño en peldaño. En lo que se refiere a los acontecimientos más recientes, primero reclamaron por carta un pleno extraordinario del CISNS para abordar el impacto asistencial de la huelga médica, después lograron que el Ministerio incluyera ese asunto como primer punto del orden del día del Interterritorial y, finalmente, mantuvieron un



Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

frente común para exigir a Sanidad una salida que pusiera fin a los paros. Ese recorrido convirtió el conflicto laboral en una crisis política de primer orden dentro del sistema sanitario.

La situación escaló todavía más cuando, tras el fracaso de la mediación, algunos consejeros populares pasaron a cuestionar de forma abierta la continuidad de la ministra. La ofensiva verbal culminó con peticiones de dimisión y acusaciones de incapacidad para resolver la crisis, en un movimiento que evidenció que el Estatuto Marco ya no se estaba librando solo en la mesa negociadora con los médicos, sino también en el terreno de la erosión política al Ministerio.

PLAZAS MIR

Antes de que el Estatuto Marco monopolizara la tensión, el debate sobre las plazas MIR ya había servido como otro foco de desgaste entre el Ministerio y las comunidades del PP. La discusión sobre la planificación de plazas y la respuesta del equipo ministerial a las críticas autonómicas reflejó un malestar de fondo sobre cómo se estaban gestionando los instrumentos de ordenación de profesionales desde el nivel central, en un contexto en el que varias autonomías venían reclamando más capacidad de maniobra y una respuesta más pegada a sus necesidades asistenciales.

Ese choque no tuvo la misma intensidad simbólica que el del Estatuto Marco o el de los cribados, pero sí contribuyó a alimentar el relato de las comunidades populares sobre un Ministerio poco receptivo a sus advertencias. En ese sentido, las plazas MIR funcionaron como otro capítulo de una acumulación de fricciones que fue preparando el terreno para enfrentamientos posteriores mucho más duros.

DATOS DE LOS CRIBADOS

El gran precedente del actual nivel de confrontación fue la crisis por los datos de los cribados de cáncer de mama. El Ministerio reclamó información a las comunidades y acusó a varias de ellas, especialmente a las gobernadas por el PP, de no facilitar los datos en tiempo y forma. Desde el otro lado, los consejeros populares denunciaron que se les pedía esa información sin criterios homogéneos y con procedimientos que consideraban inadecuados, hasta convertir una discusión técnica en un enfrentamiento político abierto.

La tensión alcanzó un punto crítico cuando las CCAA del PP plantaron a la ministra en el Interterritorial en plena crisis, una escena que visualizó como pocas el deterioro de la relación entre ambas partes. Después llegaron las respuestas cruzadas: Mónica García calificó de inadmisibles la actitud de los consejeros y pidió

que rectificaran, mientras desde Madrid y otras autonomías populares se insistía en que no iban a compartir datos "por WhatsApp" ni sin una metodología clara. El resultado fue la consolidación de un patrón que luego se ha repetido en otros frentes: el CISNS como escaparate del choque político con el Ministerio.

FALTA DE PROFESIONALES

Otro momento relevante en esa escalada se produjo cuando las comunidades del PP salieron del CISNS de junio de 2024 descontentas por considerar que el Ministerio no había aceptado analizar a fondo el problema de la falta de profesionales. El déficit de médicos y sanitarios, uno de los asuntos más sensibles para las autonomías, volvió así a convertirse en un motivo de reproche al departamento de Mónica García, al que los consejeros populares venían afeando una respuesta insuficiente ante una cuestión estructural con impacto directo en listas de espera, cobertura asistencial y planificación de plantillas.

Ese episodio fue importante porque conectó el malestar político con una de las mayores preocupaciones reales de los servicios de salud. No se trataba ya solo de un desacuerdo procedimental en el Interterritorial, sino de un cuestionamiento de fondo a la capacidad del Ministerio para liderar una solución coordi-

nada al déficit de profesionales, un tema que luego reaparecería tanto en el debate sobre el MIR como en el del Estatuto Marco.

MASCARILLAS

La reunión del CISNS de enero de 2024 sobre el uso obligatorio de mascarillas fue otro de los primeros escenarios en los que quedó clara la dificultad del Ministerio para alinear a las autonomías y, en particular, para contener la resistencia de varias CCAA gobernadas por el PP. Aquella cita terminó sin acuerdo y con un plazo adicional de 48 horas para que las comunidades aportaran sus medidas, dejando ya la impresión de un Interterritorial tensionado y sin una posición común firme en un asunto con alto componente político y sanitario.

Aunque el debate sobre mascarillas respondía a un contexto distinto, sirvió para anticipar una dinámica que después se repetiría: el Ministerio tratando de fijar una posición común y varias comunidades populares utilizando el CISNS para marcar distancia, presionar y exhibir públicamente su desacuerdo con la estrategia de Sanidad.

PULSO POLÍTICO

La crisis del Estatuto Marco no ha surgido, por tanto, en un vacío. Ha prendido sobre un terreno ya muy erosionado por meses de choques en el CISNS, en los que las CCAA del PP han ido perfeccionando una estrategia de presión política constante sobre el Ministerio de Sanidad. Lo nuevo ahora es que el rechazo al mediador ha dado a esa ofensiva un elemento adicional de desgaste: la imagen de que ni siquiera una vía diseñada para enfriar el conflicto ha conseguido abrir un espacio mínimo de entendimiento.

Con la huelga médica todavía viva, la ministra cuestionada por los consejeros populares y el CISNS convertido en escenario recurrente de confrontación, el choque por el EM amenaza con consolidarse como la culminación de una secuencia política mucho más amplia.

BEGOÑA COMENDADOR, directora general de Salud Pública de la Comunidad Valenciana

"Queremos reforzar la vacunación y avanzar en una mejor protección para los más vulnerables"

ENRIQUE DELGADO SANZ
Madrid

Begoña Comendador asumió a principios de año la dirección general de Salud Pública de la Comunidad Valenciana, una responsabilidad fundamental en materia sanitaria. Lo hizo, además, en una campaña que ha estado marcada por un inusual pico adelantado de las infecciones de gripe —como consecuencia de la variante K— y en un momento en el que el escenario de la Salud Pública vive momentos decisivos.

En una de sus primeras entrevistas con la prensa especializada, Comendador desgrana en Gaceta Médica los ejes que sentarán las bases de sus políticas en los próximos meses a la vez que hace balance de aspectos como la citada campaña de vacunación antigripal, de la implantación de la inmunización frente a VRS en adultos en residencias y vulnerables, o avanza el papel que puede jugar la IA en materia de prevención.

Pregunta. ¿Qué balance hace de las coberturas alcanzadas hasta el momento en la campaña de vacunación frente a la gripe en comparación con el año pasado y con los objetivos marcados?

Respuesta. La valoración global de la campaña es positiva, aunque desde la perspectiva de salud pública siempre analizamos las coberturas con un enfoque exigente. En los grupos de mayor riesgo, especialmente en las personas mayores de 65 años, las coberturas se han mantenido en niveles similares a los del año pasado, con una ligera tendencia ascendente en algunos departamentos de salud, lo que indica que existe una percepción clara del beneficio de la vacuna para prevenir complicaciones graves.

En el grupo de 60 a 64 años encontramos una menor percepción de riesgo, por lo que es uno de los grandes retos de las políticas de vacunación en el adulto: muchas personas se sienten sanas y no perciben que la gripe puede desencadenar



Entre los 60 y 64 años vemos menor percepción del riesgo. Hay quien no percibe que la gripe puede desencadenar complicaciones"

complicaciones cardiovasculares, respiratorias o descompensaciones de enfermedades crónicas.

Otro elemento relevante es la vacunación infantil. La introducción de la vacunación universal frente a la gripe en niños pequeños representa un cambio de paradigma en las estrategias de prevención. Sabemos que los niños son grandes transmisores del virus en la comunidad, y su vacunación no solo protege individualmente, sino que también contribuye a reducir la

circulación viral y proteger indirectamente a personas vulnerables. En este grupo estamos observando una tendencia de crecimiento progresivo de las coberturas.

P. ¿Qué medidas nuevas se pueden poner en marcha en próximas campañas para fomentar la inmunización en colectivos clave y vulnerables, como sanitarios, niños o mayores de 60 años?

R. La experiencia acumulada en campañas de vacunación nos demuestra que las estrategias más eficaces combinan accesibilidad, información basada en evidencia y una captación activa de las personas candidatas a vacunarse.

Las campañas tradicionales basadas exclusivamente en la cita en centros de salud están evolucionando hacia modelos más flexibles. Esto incluye ampliar horarios, habilitar puntos móviles de vacunación en espacios comunitarios, facilitar la vacunación en residencias o centros sociosanitarios y apro-

vechar oportunidades de contacto con el sistema sanitario para ofrecer la vacuna de forma oportunista.

Además, trabajamos para reforzar la captación activa utilizando los sistemas de información disponibles. Las bases de datos poblacionales permiten identificar a las personas que pertenecen a grupos de riesgo y que aún no se han vacunado. Esto abre la puerta a estrategias de contacto directo, como mensajes personalizados, llamadas automatizadas o recordatorios desde atención primaria.

Otro aspecto clave es la comunicación. Es importante adaptar los mensajes a los diferentes grupos de población. En el caso de las personas mayores, la comunicación debe centrarse en la prevención de hospitalizaciones y complicaciones graves. En las familias con niños pequeños, debemos transmitir claramente que la vacunación infantil protege tanto al propio niño como a su entorno familiar. Y en el caso de los profesionales sanitarios, el enfoque debe reforzar su papel como referentes de salud y como elemento clave para proteger a los pacientes más vulnerables.

Finalmente, es importante integrar la vacunación dentro de una visión más amplia de la prevención a lo largo de toda la vida. Las campañas futuras deberán avanzar hacia modelos más integrados en los que la vacunación se ofrezca junto con otras intervenciones preventivas, revisiones de salud o programas de seguimiento de enfermedades crónicas.

P. ¿Qué tal ha funcionado la puesta en marcha del programa de inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS) entre los ancianos institucionalizados más vulnerables? Tras la recomendación acordada en la Comisión de Salud Pública del Ministerio este año, ¿tienen previsto estudiar una progresiva ampliación de cohortes de cara a las próximas campañas?

R. La introducción de estrategias de inmunización frente al virus respiratorio sincitial en po-

blación adulta vulnerable representa uno de los avances más relevantes en la prevención de infecciones respiratorias en los últimos años.

Tradicionalmente, el VRS se ha asociado principalmente a la enfermedad en lactantes, pero en las últimas décadas se ha acumulado evidencia científica sólida que demuestra que también tiene un impacto significativo en personas mayores y en pacientes con patologías crónicas. En este grupo de población puede provocar neumonías graves, exacerbaciones de enfermedades respiratorias o cardiovasculares y hospitalizaciones.

La implementación del programa dirigido a personas institucionalizadas vulnerables se ha desarrollado de forma coordinada con los centros sociosanitarios y con los equipos de atención primaria. La aceptación ha sido elevada y la logística ha funcionado adecuadamente, lo que demuestra la capacidad del sistema sanitario para incorporar nuevas estrategias de prevención cuando existe una base científica sólida.

En estos momentos estamos analizando los datos de cobertura, impacto clínico y hospitalizaciones para evaluar el beneficio real del programa. La Comisión de Salud Pública ha señalado la importancia de continuar generando evidencia en este ámbito y, en ese contexto, es razonable plantear que en los próximos años podamos estudiar una ampliación progresiva de las cohortes diana.

No obstante, cualquier ampliación debe basarse en tres pilares fundamentales: evidencia científica robusta, evaluación de coste-efectividad y sostenibilidad del programa a largo plazo. Nuestro objetivo es avanzar de manera prudente pero decidida hacia una mayor protección de las personas más vulnerables frente a este virus.

ACCEDE A LA
ENTREVISTA
COMPLETA



COVID-19 Insights

Las medidas para protegernos mejor frente a la COVID-19: “Es un virus que se va a quedar”

Más vigilancia, vacunar cada seis meses o el debate entre homogeneizar edades de vacunación entre virus o centrar esfuerzos en colectivos clave fueron algunas propuestas del encuentro de expertos Covid-19 Insights

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

La evolución de la COVID-19 y su transición hacia un escenario de mayor complejidad en la gestión clínica y preventiva centró el debate de la sesión COVID-19 Insights, en la que expertos de distintos ámbitos analizaron los retos actuales y futuros de la enfermedad. El encuentro abordó desde la dinámica de las nuevas variantes y la estacionalidad del virus hasta la adaptación de las estrategias de vacunación, la vigilancia epidemiológica y el impacto del Long-COVID.

La sesión, moderada por Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, contó con la participación de un panel multidisciplinar de expertos en salud pública, inmunología, geriatría y gestión sanitaria: María Fernández-Prada, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Vital Álvarez Buylla de Mieres; José Gómez Rial, jefe de servicio de Inmunología del Hospital Clínico Universitario de Santiago; Daniel Ocaña, miembro del Comité Asesor de Vacunas de Andalucía y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; Jorge del Diego, exdirector general de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Junta de Andalucía; Iván Sanz, responsable del Centro Nacional de Gripe de Valladolid; Lizzeth Canchuchaja, miembro del Grupo de Trabajo de Infecciones y Vacunas de la Sociedad Española de Gerontología y Geriatria (SEGG); y Ángel Gil, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos.

Uno de los principales retos identificados por los expertos es la durabilidad de la inmunidad vacunal, en un contexto en el que el virus ya no responde a patrones clásicos. Sanz advirtió que “ahora mismo, la COVID-19 no se comporta como un virus estacional o al menos no lo parece, ni tampoco como un virus endémico que perdure todo el año”, lo que complica la planificación de campañas: “Si pensábamos in-



munizar en la temporada de gripe tenemos un problema porque no va a ser lo más pertinente”.

En este sentido, Gómez Rial matizó que el debate no debe centrarse únicamente en las vacunas, sino en “la duración de los anticuerpos circulantes”, especialmente en población vulnerable que “necesita protegerse frente a la infección”. A su juicio, la estrategia ha evolucionado desde un enfoque poblacional a uno más dirigido: “Ya no estamos hablando de una estrategia de emergencia sino de una estrategia personalizada”.

Esta idea de segmentación de la vacunación fue compartida por varios participantes. Del Diego, así, destacó que la evolución del virus está condicionada por la inmunidad previa de la población, lo que obliga a “ajustar mejor y ser más selectivo frente a quién vamos a estar vacunando en las campañas”.

Desde la práctica clínica, Fernández-Prada confirmó esta tendencia y apuntó que en las últimas semanas ya están recibiendo casos de pacientes infectados, incluyendo también los de un colectivo delicado, como son los pacientes inmunodeprimidos. En este contexto, defendió explorar nuevas estrategias, como la vacunación en primavera para grupos concre-

IMPACTO

“La infección que causa la COVID-19 sigue siendo una enfermedad igual de grave que en los años precedentes. En este punto es fundamental recordar que mantiene una elevada mortalidad”

tos, de especial riesgo, “como los institucionalizados”.

Una percepción que coincide con la experiencia geriátrica. Canchuchaja señaló que en los últimos años se observan “pequeñas olas justo antes del verano” en pacientes ancianos, lo que deja a estos colectivos “un poco desprotegidos”, especialmente en ausencia de una estacionalidad claramente definida.

REVACUNACIÓN

Precisamente, la posible estacionalidad no inercial del virus es otro de los elementos emergentes. Ocaña apuntó a una “interferencia viral” con otros patógenos respiratorios como la gripe o el VRS, lo que desplazaría los picos de COVID-19 fuera del invierno: “Hasta que no cae gripe

no sube COVID”. Este fenómeno abre la puerta a estrategias como la revacunación semestral o la anticipación al pico epidemiológico.

Sin embargo, estas propuestas no están exentas de dificultades. El propio Sanz reconoció que, en el corto plazo, la opción más pragmática podría ser “vacunar o revacunar cada seis meses”, mientras se avanza en vacunas con mayor duración de protección.

No obstante, esta estrategia choca con los actuales marcos regulatorios y logísticos. Del Diego advirtió de las limitaciones derivadas de la actualización anual de vacunas por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que podría dificultar la implementación de campañas adicionales: “Me va a costar mucho recomendar una vacunación en marzo, abril o mayo cuando llegue la nueva vacuna más actualizada”.

Desde la perspectiva de salud pública, Gil puso el acento en la viabilidad real de las estrategias: “Incorporar esta vacuna con la campaña de gripe nos garantiza ese mínimo de coberturas, que como mucho llega al 30%”, mientras que fuera de ese marco “lo que se haga va a ser mínimo, y decirle a Atención Primaria que haga un esfuerzo para captar es casi imposible”.

En su opinión, desestacionalizar la vacunación sin mecanismos eficaces de captación podría traducirse en bajas tasas de inmunización.

SIGUE EL RIESGO

En el análisis de la situación actual, los expertos coincidieron en que, pese a la percepción social de menor gravedad, la COVID-19 continúa teniendo un impacto clínico relevante, especialmente en los grupos más vulnerables, y afronta importantes carencias en los sistemas de vigilancia.

Desde la práctica asistencial, Fernández-Prada subrayó la importancia de reforzar la vigilancia: “La vigilancia epidemiológica es fundamental”, advirtiendo además de las limitaciones diagnósticas actuales: “Hacemos test de antígenos que dan negativo, pero eso no significa que no sea COVID”. En cuanto al perfil clínico, confirmó que las complicaciones siguen concentrándose “principalmente en personas de edad avanzada y con comorbilidades múltiples”.

En este sentido, varios participantes insistieron en que la aparente “menor gravedad” no debe llevar a mensajes complacientes. Sanz alertó de que, aunque han disminuido las hospitalizaciones globales, en los grupos de riesgo “la enfermedad sigue siendo igualmente grave y la mortalidad sigue siendo especialmente elevada”, con tasas de defunción hospitalaria en mayores de 70 años “de entre el 6% y el 15%”. Por ello, recalcó que “hay que evitar los mensajes de que ‘esto ya no es grave’”.

Gómez Rial coincide con el experto y considera este factor como determinante: “Lo grave es la percepción del riesgo por parte de los profesionales sanitarios”, alertando de que muchos consideran la COVID-19 “algo completamente superado”, lo que dificulta mantener una recomendación activa de vacunación.

Más allá de la fase aguda, comienza a ganar protagonismo el impacto a medio y largo plazo. Ocaña señaló que “más que la fase aguda nos importa un po-

COVID-19 Insights

quito más la fase subaguda o a largo plazo", con un aumento de patologías asociadas como "alteración tiroidea, diabetes, enfermedad cardiovascular u oncológica", lo que refuerza la necesidad de una visión más amplia de la enfermedad.

Sin embargo, uno de los principales problemas identificados es la debilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica. del Diego fue especialmente crítico: "Ahora mismo no tenemos una buena vigilancia sobre la COVID", denunciando la falta de continuidad en los sistemas centinela y la ausencia de homogeneidad entre comunidades autónomas: "No se hace una vigilancia homogénea".

En paralelo, el debate sobre la vacunación vuelve a situarse en el centro de la estrategia, con especial atención a los entornos más controlados. Fernández-Prada defendió que la vacunación en residencias "es factible" gracias a estructuras organizativas ya consolidadas, recordando experiencias previas con "coberturas superiores al 80% en residencias en verano". En la misma línea, Gil consideró que dispositivos similares, como el existente en Madrid con las UAR, podrían replicarse en otras regiones "con coberturas altas".

También desde el ámbito geriátrico, Canchucaja coincidió en la viabilidad logística, aunque planteó dudas sobre el calendario óptimo de vacunación, especialmente por la duración de la inmunidad: "Una opción viable es retrasar la vacunación, es decir, que la gripe y el VRS sea en octubre y que la vacunación de la COVID sea a finales de campaña".

No obstante, la implementación de nuevas estrategias presenta obstáculos operativos. Del Diego advirtió de que una campaña masiva fuera del calendario habitual "implica una gestión de recursos" compleja, con "bloques de agendas" en Atención Primaria que "no es factible a día de hoy".

Por su parte, Gómez Rial abogó por mantener una estrategia clara y comprensible, combinando la vacunación en otoño con "ese refuerzo en primavera", frente a alternativas más complejas que podrían generar "muchoa confusión" dentro de los profesionales sanitarios.

Ocaña aseguró que el sistema se enfrenta a un momento de transición en el que "hay muchas opciones" sobre la mesa,

pero en el que será necesario "abordarlo de forma seria dada la epidemiología", especialmente si no se logran mejorar las coberturas vacunales ni los sistemas de seguimiento.

LONG-COVID

Otra de las cuestiones que tocó el debate fueron las consecuencias de la COVID-19 a largo plazo, donde el llamado Long-COVID sigue generando controversia tanto clínica como conceptual.

Gómez Rial puso sobre la mesa una de las principales barreras: la falta de reconocimiento. "El Long-COVID sigue teniendo esa etiqueta negativa de que no se la creen los propios profesionales sanitarios", afirmó, alertando de un paralelismo preocupante: "Mucho me temo que se ha convertido en la nueva fibromialgia". A su

juicio, se trata de "un síndrome postviral" que requiere avanzar hacia una mejor definición, incluso replanteando su nomenclatura como "síndrome post-COVID".

El especialista insistió en la necesidad de avanzar en herramientas diagnósticas y, sobre todo, en la estratificación clínica de los pacientes, ya que "hay pacientes que realmente se ha visto afectada su calidad de vida", lo que refuerza la relevancia sanitaria del problema más allá de la infección inicial.

Desde una perspectiva más crítica, del Diego advirtió de la complejidad del abordaje: "Cuando hay más de 200 síntomas siempre es un problema", lo que dificulta tanto su delimitación como su gestión. No obstante, puso el acento en la evidencia disponible, señalando que estudios recientes muestran que "la vacunación frente al Long-COVID también ayuda".

En este contexto, la vacunación continuada emerge como una herramienta clave no solo para reducir hospitalizaciones y mortalidad, sino también para mitigar las secuelas a largo plazo de la enfermedad.

Sin embargo, persisten importantes diferencias en las coberturas vacunales a nivel internacional. Sanz llamó la atención sobre el contraste con los países nórdicos: "Noruega, Suecia y Finlandia están obteniendo coberturas de más de 80% en mayores de 70 años, que es un auténtico triunfo". Ante esta situación, planteó una reflexión directa: "¿Qué hacen ellos que no hacemos nosotros?", apuntando a la necesidad de analizar modelos exitosos para mejorar la adherencia en España.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

El futuro de la COVID-19 estará condicionado por dos grandes ejes: la capacidad de adaptación frente a nuevas variantes y los cambios estructurales en las políticas de vacunación, tanto a nivel nacional como internacional.

En el ámbito científico, Sanz reclamó una mayor coordinación global: "Echo de menos que la OMS de un paso hacia delante para transformar el sistema de la COVID, muy similar a lo que tenemos en la gripe", apostando por un modelo de vigilancia que permita decisiones más ágiles y homogéneas. El experto, explica que, por ejemplo, "desde que la OMS puso la LP8, aquí en España



Jorge del Diego
Exdirector general de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Junta de Andalucía



Iván Sanz
Responsable del Centro Nacional de Gripe en Valladolid



Lizzeth Canchucaja
Miembro del Grupo de Trabajo de Infecciones y Vacunas de la Sociedad Española de Gerontología y Geriátrica (SEGG)



Ángel Gil
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos

ña no ha habido ningún cambio adicional y han venido subvariantes posteriores".

En su opinión, el escenario ideal sería encontrar una respuesta institucional ante las subvariantes que surjan y mar-

quen las campañas, como ocurrió recientemente con la XFG.

No obstante, no todos los expertos coinciden en el grado de amenaza de estas variantes. Ocaña consideró que "los cambios no están siendo lo suficientemente importantes" como para comprometer la eficacia de las vacunas actuales, defendiendo que el factor clave sigue siendo "tener una dosis de refuerzo".

A este contexto científico se suma un cambio relevante en la gobernanza de las vacunas. del Diego anticipó que "las cosas van a cambiar y mucho en España" a partir de la próxima temporada, cuando las comunidades autónomas asuman un mayor protagonismo en la adquisición de vacunas. Este nuevo escenario, con posibles acuerdos marco no obligatorios, abre "un juego completamente distinto" que podría generar mayor heterogeneidad en las estrategias.

FACILITAR LA VACUNACIÓN

En cuanto a las recomendaciones de vacunación, el debate se centró en el equilibrio entre precisión clínica y simplicidad operativa. Desde la práctica asistencial, Fernández-Prada valoró positivamente la reciente diferenciación por grupos de edad en las campañas: "No es 'un café para todos', vacunamos a quien verdaderamente lo necesita".

Sin embargo, esta segmentación también plantea retos en la práctica clínica diaria. Ocaña advirtió que la coexistencia de distintos criterios puede generar confusión: "Para el profesional de a pie que unos tengan 60 y otros 70 confunde mucho". En este sentido, defendió que la edad sigue siendo un criterio útil para facilitar la toma de decisiones, aunque reconoció que "la edad cronológica difiere muchísimo de la edad biológica".

Por ello, abogó por avanzar hacia una mayor homogeneización de criterios, especialmente en el ámbito de las infecciones respiratorias: "No ser precisos hace que el profesional no experto se inhiba", lo que puede repercutir negativamente en las coberturas vacunales.

En conjunto, los expertos coincidieron en que la COVID-19 ha cambiado, pero no ha desaparecido ni ha dejado de ser relevante. Aunque haya quien la perciba como menos grave, sigue teniendo un impacto importante, en las personas más vulnerables. Y, como recordó Ocaña, la vulnerabilidad no siempre va de la mano de la edad.



María Fernández-Prada
Especialista en MPYSP Hospital Vital Alvarez Buylla. Mieres



José Gómez Rial
Jefe de servicio Inmunología. Hospital Clínico Universitario Santiago



Daniel Ocaña
Miembro Comité Asesor Vacunas de Andalucía y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familia y Comunitaria

EVA MARTÍNEZ OCHOA, directora de Salud Pública de La Rioja

"Vamos a ampliar la cobertura frente a VRS a las personas inmunodeprimidas"

ENRIQUE DELGADO SANZ

Madrid

Pequeños, pero con muchas ideas. Al hablar de Salud Pública, los focos se los suelen llevar las comunidades autónomas que aglutinan más población. Sin embargo, fuera del radar de esas grandes regiones, hay otras que también están trabajando en ideas innovadoras para optimizar el acceso y la equidad a aquellas medidas preventivas que marcan la diferencia.

Es el caso de La Rioja, donde esta campaña han puesto en marcha, por ejemplo, un proyecto piloto basado en un asistente basado en IA que ha logrado multiplicar las coberturas en herpes zóster o neumococo, y donde sostienen unas tasas de vacunación contra la gripe que la sitúan a la cabeza en algunos colectivos especialmente vulnerables. Gaceta Médica entrevista, para hacer balance de la campaña, a Eva Martínez Ochoa, directora general de Salud Pública de La Rioja, quien detalla algunas de estas medidas.

Pregunta. ¿Cómo ha ido esta campaña de gripe tan marcada por el impacto de la variante K?

Respuesta. La campaña de vacunación frente a la gripe en La Rioja continuará activa, al menos, hasta el próximo 31 de marzo pero actualmente, con datos provisionales, podemos decir que está funcionando bien y que estamos alcanzando unas tasas de cobertura similares a las del año pasado.

Ya se han administrado 95.873 dosis y, en este momento, las coberturas alcanzadas en mayores de 65 están en un 71%. En mayores de 60 estamos en un 62%; y en mayores de 80, hemos alcanzado un 81%. En niños de 6 a 59 meses la cobertura alcanzada es un 44%. Por su parte, en los niños en edad escolar, donde hemos incluido la vacunación sistemática hasta los 11 años in situ en los centros escolares, las coberturas han alcanzado un 57%. Por último, en residencias estamos en un 87% y en lo referente a los profesionales sanitarios, en un 35,9%.

P. Los expertos, este año y ante ese repunte de infecciones, recomendaron apostar por las vacunas mejoradas frente a la gripe ya que aseguraban una mejor protección ante el virus. ¿Su estrategia ha ido en esa línea?



Sí, hemos apostado con una vacuna de inmunogenicidad aumentada, algo que llevamos haciendo ya desde hace por lo menos dos temporadas.

P. ¿Qué medidas han tomado para fomentar la vacunación, frente a la gripe u otras infecciones respiratorias graves, en toda la población y, especialmente, en colectivos clave (sanitarios, mayores, niños...)?

R. Creo que es muy importante destacar la coordinación que tenemos entre la atención primaria, hospitalaria y la esfera sociosanitaria. También es muy importante ver fórmulas para mejorar la accesibilidad de la vacunación. En este sentido, nosotros hemos hecho un inicio escalonado de la vacunación para incidir en aquellas personas que consideramos de más riesgo, que son las institucionalizadas y también en los niños. Suelen ser los primeros que se infectan habitualmente.

Para mejorar la vacunación en los niños hemos ido a los centros escolares y también se ha insistido en las jornadas de vacunación sin cita con el objetivo de aumentar la citada accesibilidad. A lo largo de una semana entera, a partir del 4 de noviembre, lo ofrecimos en Logroño todas las tardes a aquella población que estuviese interesada en vacunarse tanto de gripe como de COVID-19. Igualmente, lo replicamos en otras zonas de la región con el fin de abarcar a toda la población. Como este año se adelantó el pico de infecciones, esta fue una de las medidas que que instauramos para

“Para mejorar las tasas de inmunización en gripe hemos insistido en las jornadas de vacunación sin cita para mejorar la accesibilidad”

conseguir alcanzar a la mayor población vacunada posible en el menor tiempo posible.

En otro orden de cosas, también tratamos de fomentar la vacunación con recordatorios vía SMS, con llamadas a aquellas cohortes de vacunación que pueden estar más bajas en cuanto a tasas de cobertura, avisos en las historias clínicas...

P. ¿Qué balance de la primera campaña de inmunización frente al VRS en residencias?

R. Este año hemos instaurado la campaña de vacunación frente al VRS en residencias de personas mayores únicamente, no hemos ampliado a otros grupos. De cara a la próxima campaña tenemos claro que vamos a aumentar la cobertura a las personas inmunodeprimidas. En este momento estamos definiendo a qué grupos nos vamos a referir, algo que haremos en función del balance y del impacto que hayan tenido todas las estrategias de incorporación de vacunas que hemos planteado.

En cuanto a coberturas, este año en las residencias de personas mayores ha sido de un 69,66% en VRS que quizá es un poco inferior a la que se ha obtenido en gripe y en COVID-19, pero también es verdad que es la primera vez que se incorpora esta vacuna.

P. La IA puede ser una buena aliada en Salud Pública y un ejemplo podría ser el programa piloto que han puesto en marcha en La Rioja para fomentar vacunación. ¿Por qué se decidieron a emplear esta herramienta y qué resultados les ha dado?

R. Hemos hecho una apuesta por la inteligencia artificial en la salud pública, una apuesta por la modernización, pero siempre con el reto de mejorar el acceso y la equidad para la población.

Nos planteamos que había que ponérselo más fácil a la población para que sea conocida de que tiene que vacunarse y, en esta línea, hemos apostado por este asistente virtual conversacional que se llama Lola. Y lo que hemos hecho desde agosto del año pasado fue contactar con la población nacida en 1960, que cumplía 65 años, y que tiene recomendadas dos vacunas de calendario muy concretas como son el herpes zóster y neumococo.

Hemos observado un aumento importante de las coberturas. Estamos hablando de que han aumentado más de 30 puntos en porcentuales, con lo cual estamos hablando de que sí que ha tenido un impacto.

P. ¿Qué destacaría de este proyecto?

R. Además del aumento de cobertura, la velocidad de las llamadas. Estamos hablando de que desde agosto hasta finales de septiembre, en poco más de un mes, se ha contactado con 6.340 personas.

P. Al margen de la vacunación, los hábitos saludables están ganando cada vez más peso entre las políticas en Salud Pública. En este sentido, ¿cómo lo están trabajando en La Rioja?

R. Tenemos que formar e informar a la población en que los hábitos saludables son uno de los instrumentos más eficaces para prevenir enfermedades y también debemos insistir en que mejoran la calidad de vida sin olvidarnos de que ayudan a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Igualmente, estamos trabajando en la Escuela de Salud, un espacio concebido precisamente para informar, formar y en el que la población pueda participar de forma que nos concienciamos de que la salud sea una prioridad y un valor compartido.

P. La atracción y retención de talento y recursos para la Salud Pública es un dolor de cabeza recurrente para las Administraciones. ¿Qué mecanismos se pueden poner en marcha para mejorar en este sentido?

R. Creo que para traer y retener talento a la Salud Pública es necesario, al menos, reforzar algunos aspectos estructurales dentro de la administración. Salud Pública es un ámbito claramente transversal y multidisciplinar que abarca muchos tipos de profesionales: médicos, enfermeras, farmacéuticos, veterinarios, estadísticos, matemáticos...

Para lograr estos objetivos tenemos que mejorar las distorsiones establecidas entre los profesionales sanitarios, mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la Salud Pública y equipararlas al ámbito asistencial.

Esta puede ser una buena forma de atraer profesionales y que no se vayan, sobre todo, porque es muy complejo sustituir a estas personas. Tenemos que desarrollar una carrera profesional específica, clara y atractiva que reconozca la experiencia, la formación, la responsabilidad y que permita un progreso dentro de la Administración.

El CNIO elige a Cristina Navarro como nueva directora gerente

El Patronato se reunió de manera extraordinaria, como avanzó GM, para ratificarla

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

El Patronato del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) tenía previsto desde el 26 de marzo convocar un "patronato extraordinario el día 10 de abril para la ratificación" del nuevo gerente. Así lo adelantó Gaceta Médica el pasado 26 de marzo. Finalmente, la elegida "por mayoría absoluta" ha sido Cristina Navarro Enterría, como informó el Patronato del CNIO tras finalizar la reunión a través de un comunicado. De este modo, se convierte en la primera mujer que se pone al frente del puesto. Navarro es licenciada en Derecho por la Universidad de Barcelona y cuenta con el título de Experto en Gestión de Servicios Sociales por la Universidad Complutense de Madrid. También, es Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, con las tres especialidades de Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología aplicada. Acumula



Cristina Navarro, nueva directora gerente del CNIO.

más de 25 años de experiencia en los tres niveles territoriales de la Administración —local, autonómica y general— y ha desarrollado su actividad en todas las áreas gerenciales de las entidades del Sector Público Institucional, desde la tramitación normativa hasta la gestión económico-presupuestaria, los recursos humanos, las relaciones entre departamentos y la gestión de fondos europeos. Además, fue subsecretaria del Ministerio de Inclusión, Seguri-

dad Social y Migraciones entre 2023 y 2026 y, en la actualidad, ejerce como vocal asesora del Ministerio de Hacienda. En este sentido, el Patronato del CNIO considera que Cristina Navarro reúne "tanto la experiencia como la capacitación técnica óptimas" para el puesto.

LA HOJA DE RUTA

El centro se encontraba sin máximo mandatario desde que el Patronato comunicó el 27 de febrero que había aceptado la

renuncia de José Manuel Bernabé, tras ser acusado en un presunto caso de acoso. Como medida provisional, fuentes del CNIO confirmaron el 10 de marzo que Fernando Peláez, actual director científico en funciones, tendría "poder de firma" de manera parcial, hasta encontrar un sustituto. En este contexto, según informaron fuentes sindicales a GM, el jueves 26 de marzo estaba prevista una reunión a las 10:00 horas entre la Gerencia del CNIO y los trabajadores para que estos últimos trasladasen sus preocupaciones, dejando claro que existía "una situación de intranquilidad, incertidumbre y un clima de trabajo horrible". Sin embargo, una comunicación remitida a los empleados por la dirección del CNIO, a la que tuvo acceso este periódico, informó del aplazamiento "con el fin de fijar una nueva fecha a la mayor brevedad posible", de modo que Fernando Peláez pudiera aportar "información más detallada al respecto". Además, señalaba que se celebraría una Comisión

Delegada y que, tras su conclusión, Fernando Peláez dispondría de nuevas actualizaciones relativas a la Fundación.

Paralelamente, la presidenta del Patronato del CNIO, Eva Ortega, remitió una carta a los trabajadores en la que detallaba los próximos pasos previstos. En ese escrito, al que tuvo acceso GM, reiteraba que se estaba "trabajando en la ampliación del poder de firma" de Peláez "para los contratos menores de extrema urgencia" y añadía que la previsión era "convocar un patronato extraordinario el día 10 de abril para la ratificación" del nuevo gerente, como ha ocurrido finalmente, una vez concluido el proceso de entrevistas, fijado entre el 6 y el 10 de abril, para facilitar su incorporación "a la mayor brevedad posible". Además, el escrito confirmaba que estaba prevista una Comisión Delegada "con carácter urgente", en la que se abordarían la prórroga del acuerdo marco para el suministro de reactivos y material de laboratorio y un convenio con la Abogacía del Estado. La misiva agradecía el compromiso de la plantilla y constituye un ejemplo más de la situación del centro.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



La Eurocámara urge a relanzar el Plan Europeo contra el Cáncer con más control, prevención y financiación

JAVIER ALBERCA LAMAS
Madrid

La Eurocámara urgió este mes a relanzar el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, en un debate en la Comisión de Salud Pública (SANT) en el que varios grupos coincidieron en que la estrategia ha logrado avances insuficientes. La discusión, centrada en el informe del eurodiputado de Renew Europe, Vlad Vasile-Voiculescu, subrayó la necesidad de una segunda fase con mayor ambición política, mejor evaluación de resultados y refuerzo presupuestario. "Cada dos minutos un europeo muere de cáncer", recordó el ponente, aludiendo a 1,3 millones de familias afectadas cada año.

Vasile-Voiculescu defendió que el plan ha proporcionado por primera vez un marco integral europeo (prevención, cribados, tratamiento, calidad de vida, investigación y desigualdad) y ha movilizado financiación, pero advirtió de que aún no se pueden demostrar con claridad sus

resultados y reclamó una nueva fase con financiación ligada a resultados, incentivos para cribados y vacunas, incorporación más rápida de innovación (IA) y un diálogo estructurado anual con la comisión SANT.

En este sentido, el ponente recordó que el 40% de los cánceres son evitables (más de un millón de casos al año) y denunció retrasos como la revisión de la directiva del tabaco o la ausencia de advertencias obligatorias sobre el alcohol, que calificó de "fracaso estratégico, político y moral". También alertó del aumento del uso de cigarrillos electrónicos entre adolescentes y de la presión de los lobbies. A ello, apuntó que la UE ha financiado algunas herramientas de IA para detectar cáncer de próstata y mama que han sido absorbidas por empresas estadounidenses: "Hemos exportado y ahora importamos".

Durante la intervención de los grupos, el PPE calificó de "claramente negativa" la aplicación del plan por las persistentes des-



Vlad Vasile-Voiculescu, eurodiputado de Renew Europe y ponente del expediente.

igualdades entre países en acceso, diagnóstico y tratamiento, y criticó la falta de control del gasto y de financiación específica. Los socialistas defendieron el plan como base sólida, pero reclamaron más financiación, más prevención y atención a desigualdades y grupos vulnerables. Desde Patriotas por Europa se apoyó el informe con propuestas sobre prevención, inversión eficiente y acceso territorial, mientras que las afirmaciones de Gerald Hauser, vinculando cáncer y vacunas COVID, fueron rechazadas por varios grupos.

Verdes e Izquierda insistieron en reforzar la detección temprana, la prevención medioambiental, la alimentación saludable y el acceso universal a cribados, criticando el énfasis en la competitividad. Entre los ponentes en la sombra, Elena Nevado expresó que sin financiación estable no habrá continuidad. En la misma línea, Vytenis Andriukaitis calificó de "imperdonable" el recorte de 1.000 millones, mientras Christophe Clergeau reclamó un EU4Health de 10.000 millones. Otros eurodiputados pidieron

más cohesión sanitaria y legislación contra el tabaco.

La Comisión Europea, representada por Philippe Roux, valoró positivamente el informe y recordó las recomendaciones del TCE para mejorar coordinación y seguimiento, que Bruselas asegura estar abordando. Evitó concretar sobre financiación, aún ligada al próximo marco presupuestario, pero tomó nota de la demanda. En su réplica final, Vasile-Voiculescu advirtió de la "autocomplacencia" europea, defendió las vacunas frente al VPH, rechazó cualquier vínculo entre vacunas COVID y cáncer y reiteró la presión de la industria del tabaco. También pidió más atención a enfermedades raras y lamentó que parte de la investigación europea no se traduzca en beneficios tangibles. Ahora, el expediente entra en fase de enmiendas hasta el 20 de abril.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



RSC

La sostenibilidad se sitúa en el centro de la nueva estrategia global de salud

La OMS y sus socios refuerzan la cooperación internacional para prevenir crisis sanitarias desde un enfoque integral

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La sostenibilidad sanitaria se consolida como eje estratégico global en la nueva hoja de ruta impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Francia. Coincidiendo con el Día Mundial de la Salud, líderes internacionales se reunieron en una cumbre histórica para transformar el enfoque One Health en medidas concretas capaces de prevenir futuras crisis sanitarias, al tiempo que protegen el equilibrio entre personas, animales y medio ambiente.

El encuentro supone un punto de inflexión al situar la sostenibilidad como elemento central de la seguridad sanitaria global. El enfoque One Health parte de una premisa clara: la salud humana no puede entenderse ni protegerse sin tener en cuenta la salud animal y la del planeta. En un contexto marcado por el cambio climático, la pérdida de biodiversidad y la degradación ambiental, esta visión se convierte en una herramienta clave para construir sistemas sanitarios resilientes y sostenibles.

La urgencia de actuar es evidente. Factores como la contaminación, la inseguridad alimentaria o el acceso desigual a la atención médica no solo agravan las desigualdades, sino que también incrementan el riesgo de aparición de nuevas enfermedades. De hecho, cerca del 60 % de las enfermedades infecciosas humanas tienen origen animal y hasta el 75 % de las emergentes son zoonóticas. La reciente pandemia de COVID-19 evidenció el enorme coste humano y económico de no anticiparse a estos riesgos, con millones de muertes y pérdidas económicas a escala mundial.

EJE DE LA SEGURIDAD SANITARIA

Frente a este escenario, la sostenibilidad se redefine como una estrategia preventiva. "La salud de las personas, los animales y el medio ambiente que compartimos están intrínsecamente ligados", subrayó el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. Su mensaje



Uno de los avances clave anunciados en la Cumbre fue la creación de una red de instituciones centradas en One Health

refuerza la necesidad de adoptar un enfoque transversal que permita actuar antes de que las amenazas se materialicen, integrando políticas ambientales, sanitarias y agrícolas.

Uno de los principales avances anunciados en la cumbre es la creación de una red mundial de instituciones centradas en One Health. Esta iniciativa busca reforzar la cooperación internacional y traducir las directrices globales en acciones concretas a nivel local, mejorando la capacitación y el intercambio de conocimiento entre países. Desde una perspectiva de sostenibilidad, esta red permitirá optimizar recursos, evitar duplicidades y garantizar respuestas más coordinadas y eficientes ante crisis sanitarias.

La apuesta por la ciencia como pilar de la sostenibilidad sanitaria también quedó patente con la ampliación del mandato del Panel de Expertos de Alto Nivel sobre One Health. Este organismo desempeñará un papel clave en la generación de evidencia científica para orientar políticas públicas más sostenibles, alineando la investigación con las necesidades reales de los países y promoviendo decisiones basadas en datos. En un mundo cada vez más interconectado, la ciencia se consolida como el motor que permite anticipar riesgos y diseñar soluciones duraderas.

RESPUESTA COORDINADA

Otro de los anuncios más relevantes se centra en la lucha contra la rabia, una enfermedad prevenible que sigue causando cerca de 60.000 muertes al año, especialmente en niños. La nueva iniciativa global, impulsada junto a la Organización Mundial de Sanidad Animal y el Instituto Pasteur, busca eliminar las muertes humanas por rabia transmitida por perros antes de 2030. Más allá de su impacto directo, esta acción se plantea como un modelo de sostenibilidad sanitaria, al fortalecer los

sistemas de vigilancia, fomentar la participación comunitaria y mejorar la capacidad de respuesta ante otras amenazas.

En la misma línea, la presentación de un marco estratégico conjunto frente a la gripe aviar refleja la necesidad de abordar las crisis sanitarias desde una perspectiva integral. Este enfoque no solo tiene en cuenta la salud pública, sino también aspectos clave como la seguridad alimentaria, los medios de vida y la protección de la biodiversidad. La sostenibilidad, en este caso, se traduce en la capacidad de los sistemas para adaptarse y responder de manera coordinada a riesgos complejos y multidimensionales.

El liderazgo de la OMS en la coordinación global del enfoque One Health refuerza esta visión. Junto a organismos como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la organización impulsará una gobernanza más eficiente, centrada en resultados medibles y en la alineación de esfuerzos internacionales. Este modelo busca maximizar el impacto de las intervenciones, asegurando que las inversiones

en salud generen beneficios sostenibles a largo plazo.

CIENCIA Y COOPERACIÓN ANTE LAS CRISIS

Paralelamente, la inauguración del primer Foro Mundial de Centros Colaboradores de la OMS marca un paso decisivo hacia la consolidación de redes globales de conocimiento. Con la participación de más de 800 instituciones de más de 80 países, este espacio permitirá acelerar la innovación científica, fomentar el intercambio de datos y fortalecer las capacidades locales. Desde la perspectiva de la sostenibilidad, la colaboración internacional se convierte en un elemento esencial para reducir desigualdades y garantizar que los avances lleguen a todos los territorios.

El mensaje que deja esta cumbre internacional es claro: la sostenibilidad ya no es un concepto accesorio, sino una condición indispensable para la seguridad sanitaria global.

La interdependencia entre salud humana, animal y ambiental exige respuestas integradas, capaces de anticiparse a los riesgos y de construir sistemas más resilientes.

RSC

Las claves de MSD para transformar la salud del futuro: innovación y prevención

MSD en España participó en 2024 en 194 ensayos clínicos puestos en marcha por la compañía a nivel global

La innovación biomédica y la prevención se consolidan como dos de los grandes ejes estratégicos para afrontar los desafíos actuales y futuros de los sistemas sanitarios. En este contexto, la compañía biofarmacéutica MSD ha reforzado su posicionamiento en ambos ámbitos, poniendo el foco en la investigación científica de vanguardia, el impulso de la inmunización y el acceso equitativo a soluciones innovadoras como elementos clave para mejorar la salud de la población y fortalecer la sostenibilidad sanitaria.

Coincidiendo con la celebración del Día Mundial de la Salud, la compañía ha subrayado el papel transformador que desempeñan tanto la innovación como las estrategias preventivas en un entorno marcado por el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y la necesidad de anticiparse a futuras crisis sanitarias. En este sentido, la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas no solo permiten tratar patologías, sino también detectarlas de forma precoz, mejorar su pronóstico y, en muchos casos, prevenir su aparición.

“Queremos poner en valor el poder transformador de la prevención y la innovación para anticiparnos a los principales desafíos sanitarios. Apostar por la inmunización, la investigación y el acceso equitativo a soluciones innovadoras es clave a largo plazo”, señaló Cristina Nadal, directora ejecutiva de Government Affairs de la compañía en España.

ESPAÑA, UN ACTOR CLAVE EN INVESTIGACIÓN

El compromiso de MSD con la innovación se refleja especialmente en su apuesta por la investigación y el desarrollo (I+D), un ámbito en el que la compañía mantiene una posición destacada a nivel internacional. En 2024, la farmacéutica destinó globalmente más de 17.900 millones de dólares a I+D, una inversión que la sitúa entre los líderes globales en investigación biomédica. España desempeña un papel especialmente relevante dentro



de esta estrategia. Durante ese mismo año 2024, la filial española participó en 194 ensayos clínicos impulsados por la compañía a nivel global, lo que supone un incremento del 6% respecto al ejercicio anterior. Además, se posicionó como la subsidiaria líder en Europa tanto en número de estudios como en volumen de pacientes, con participación en aproximadamente del 84% de los ensayos clínicos globales de la compañía.

Este liderazgo no solo contribuye al avance científico, sino que también facilita el acceso temprano de los pacientes a terapias innovadoras, reforzando el papel de España como referente internacional en investigación clínica.

La colaboración con hospitales, centros de investigación y profesionales sanitarios resulta

La compañía en España participa en más del 80% de los ensayos clínicos globales de la organización

clave para consolidar este ecosistema innovador.

CIENCIA GLOBAL PARA DESAFÍOS GLOBALES

Con más de 130 años de trayectoria, MSD ha construido un modelo basado en la ciencia como motor de transformación. Actualmente, la compañía cuenta con cerca de 75.000 empleados en todo el mundo, de los cuales aproximadamente 23.500 están dedicados a actividades de in-

vestigación y desarrollo, lo que refleja la centralidad de la I+D en su estrategia corporativa.

Su actividad investigadora se despliega a través de una red global de centros ubicados en algunos de los principales polos científicos internacionales, como Boston, Cambridge o San Francisco. En estos entornos, la compañía desarrolla investigación en áreas clave como la oncología, la inmunología, la diabetes o las neurociencias, abordando algunos de los mayores retos de salud a nivel global.

El enfoque de la compañía se basa en seguir la ciencia allí donde se producen los avances más relevantes, fomentando al mismo tiempo la colaboración con otros agentes del ecosistema sanitario y científico. Este modelo abierto permite accele-

rar el desarrollo de soluciones innovadoras y maximizar su impacto en la salud de la población.

PILARES DE FUTURO

Más allá del desarrollo de nuevos tratamientos, MSD sitúa la prevención en el centro de su estrategia. La compañía impulsa iniciativas orientadas a reducir la carga de enfermedad mediante el fomento del diagnóstico precoz y la promoción de la inmunización frente a patologías prevenibles.

Este enfoque resulta especialmente relevante en un contexto en el que los sistemas sanitarios afrontan una creciente presión asistencial y financiera. La prevención no solo contribuye a mejorar los resultados en salud, sino que también permite optimizar los recursos disponibles y avanzar hacia modelos más sostenibles.

En paralelo, la compañía mantiene un firme compromiso con la equidad en salud, promoviendo acciones que abordan los determinantes sociales y facilitan el acceso a medicamentos y vacunas. La colaboración público-privada se erige como una palanca fundamental para avanzar en este objetivo, permitiendo desarrollar estrategias conjuntas que respondan de manera más eficaz a las necesidades de la población.

“Trabajamos para que la innovación llegue a quienes más la necesitan, al tiempo que impulsamos estrategias que permitan prevenir enfermedades antes de que aparezcan o progresen”, ha subrayado Cristina Nadal.

El compromiso de MSD con la innovación no se limita al desarrollo de fármacos y vacunas, sino que abarca también la incorporación de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial, que están transformando la forma en que se investigan y abordan las enfermedades.

Gracias a la combinación de talento científico, inversión sostenida y colaboración internacional, la compañía continúa avanzando en la búsqueda de nuevas soluciones terapéuticas y preventivas.

RSC

PREZODE sitúa la sostenibilidad en el centro de la prevención de zoonosis

La iniciativa busca evitar intervenciones puntuales y apostar por alianzas duraderas

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La prevención de futuras pandemias pasa por anticiparse a su origen, reforzar la colaboración internacional y aportar por soluciones sostenibles que involucren a las comunidades locales. Esta es la hoja de ruta de PREZODE (Preventing Zoonotic Disease Emergence), una iniciativa internacional que busca reducir el riesgo de aparición de zoonosis antes de que se conviertan en crisis globales.

Así lo explica en declaraciones a este medio Elisabeth Dibongue, secretaria general de la organización, quien destaca que el proyecto se ha consolidado como una red global de referencia en prevención. Actualmente, PREZODE reúne a más de 280 instituciones de 90 países y moviliza a más de 1.500 expertos en colaboración con organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (WOAH) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

"PREZODE fue creada para construir una comunidad mundial de práctica dedicada a prevenir la aparición de enfermedades zoonóticas en su origen", señala Dibongue. Este enfoque, basado en la cooperación científica y política, se apoya en tres pilares fundamentales: transparencia, co-construcción y credibilidad científica.

CIENCIA ABIERTA PARA GENERAR CONFIANZA

En un entorno internacional marcado por la diversidad de actores—gobiernos, ONG, centros de investigación o sector privado—, la confianza se convierte en un elemento clave. Según Dibongue, esta se construye mediante una comunicación abierta y accesible.

"La transparencia se garantiza a través de comunicaciones abiertas mediante nuestra web trilingüe, publicaciones periódicas y la difusión sistemática de resultados y datos", explica.



Elisabeth Dibongue
Secretaria general de PREZODE

"Invertir en prevención es mucho más rentable que gestionar crisis una vez que ocurren"

A ello se suma un modelo participativo en el que los socios no son meros receptores de información, sino actores activos en la toma de decisiones.

Este enfoque colaborativo se refleja también en la estructura interna de la iniciativa, con decenas de expertos implicados en grupos de trabajo que impulsan tanto el desarrollo de proyectos como el avance científico. "Esta implicación colectiva garantiza que los socios contribuyan activamente", subraya.

DEMOSTRAR EL VALOR DE LA PREVENCIÓN

Uno de los principales desafíos a los que se enfrenta PREZODE es convencer a los responsables políticos de la importancia de invertir en prevención. Dibongue lo resume con el llamado para-

digma de la prevención: "Cuando la prevención funciona, nada sucede y eso hace que su valor sea menos visible". Para superar este obstáculo, la iniciativa trabaja en el desarrollo de herramientas que permitan cuantificar el retorno de la inversión en prevención.

En este sentido, PREZODE ha contribuido a marcos globales como el Acuerdo sobre Pandemias de la OMS, donde ha promovido la inclusión de la prevención primaria y el enfoque One Health como pilares fundamentales. Además, colabora con organizaciones como el Banco Mundial o el Pandemic Fund para avanzar en la medición del impacto económico de estas estrategias.

"El mensaje es cada vez más claro: invertir en prevención no solo es un imperativo sanitario, sino también mucho más rentable que gestionar crisis una vez que ocurren", insiste Dibongue.

IDENTIDAD GLOBAL

Otro de los retos clave es construir una identidad global coherente en contextos culturales y políticos muy diversos. PREZODE ha optado por un enfoque poco habitual: no imponer un modelo, sino construirlo colectivamente.

"Para PREZODE, la respuesta a este desafío reside en su principio fundacional: el codiseño", explica su secretaria general. La Agenda Estratégica de la iniciativa se desarrolló mediante uno de los mayores procesos participativos internacionales en este ámbito hasta la fecha, con

la implicación de cerca de 1.500 profesionales de más de 128 países.

Este proceso permitió integrar perspectivas multidisciplinares y adaptar los objetivos globales a realidades locales, garantizando así la coherencia sin perder la relevancia territorial. "La identidad de PREZODE no se impone, se construye colectivamente", resume Dibongue.

SOSTENIBILIDAD A LARGO PLAZO

La sostenibilidad se sitúa en el centro del modelo de PREZODE, especialmente en su relación con las comunidades locales. La iniciativa busca evitar intervenciones puntuales y apostar por alianzas duraderas que fortalezcan capacidades en el territorio.

"Garantizar que las comunidades locales nos perciban como un socio a largo plazo es esencial", afirma Dibongue. Para ello, la organización trabaja en tres líneas: formación, corresponsabilidad y compromiso continuado.

Los proyectos impulsados bajo su paraguas incluyen programas de capacitación y desarrollo local. En Senegal, por ejemplo, el proyecto AfriCam ha formado a trabajadores comunitarios en salud veterinaria, muchos de ellos ganaderos, permitiéndoles prestar servicios básicos en sus comunidades.

En Costa Rica, el proyecto ASAMCO colabora con comunidades rurales —incluidas mujeres líderes y agricultores— en procesos participativos que in-

tegran salud, medio ambiente y conservación. "Estas iniciativas fortalecen las capacidades locales e integran el conocimiento tradicional en soluciones adaptadas al territorio", destaca.

Además, PREZODE está desarrollando una plataforma colaborativa de datos que conecta comunidades, científicos e instituciones. El objetivo es cambiar el paradigma de la investigación, pasando de un modelo extractivo a uno colaborativo.

"Queremos evolucionar hacia un modelo en el que las comunidades no solo aporten datos, sino que participen en el diseño de soluciones junto a los investigadores", explica Dibongue.

ENFOQUE SOSTENIBLE

Para PREZODE, la sostenibilidad no es solo una cuestión ambiental, sino también social y científica. Implica empoderar a las comunidades, fomentar la cooperación internacional y garantizar que las soluciones sean duraderas.

"En última instancia, la sostenibilidad surge del sentido de pertenencia: cuando las comunidades están plenamente implicadas, las soluciones son más relevantes, eficaces y duraderas", concluye Dibongue.

En un contexto global cada vez más expuesto a riesgos sanitarios emergentes, el modelo de PREZODE apunta a un cambio de paradigma: invertir en prevención, integrar la sostenibilidad en cada intervención y situar a las comunidades en el centro de la respuesta.

RSC

SIGRE impulsa la prevención y el ecodiseño en el sector farmacéutico

Nuevos objetivos para impulsar envases más reciclables y sostenibles

A escala global, la generación de residuos urbanos supera ya los 7 millones de toneladas diarias, el equivalente a generar el peso de unas 19 veces el rascacielos neoyorquino *Empire State Building* cada jornada.

Se trata de una magnitud que refleja la dimensión del desafío analizado por el Banco Mundial en su informe *What a Waste 3.0*, publicado el pasado mes de marzo a partir de datos de 217 países y 262 ciudades. El estudio advierte de una tendencia creciente que, de mantenerse, podría situar la generación mundial de residuos en torno a 10,5 millones de toneladas diarias en 2050, es decir, un 50% más. También pone de relieve las limitaciones de los sistemas actuales de gestión, en un contexto en el que una parte muy significativa de los residuos generados a nivel mundial no se recoge o se elimina de forma inadecuada, con efectos sobre la salud pública, el medioambiente y el desarrollo económico.

En términos generales, *What a Waste 3.0* apunta a la necesidad de avanzar hacia modelos más eficientes en el uso de los recursos, con mayor capacidad de prevención, recuperación de materiales y reducción de impactos. Este planteamiento, vinculado a la economía circular y ya presente en la normativa europea, conecta con líneas de trabajo ya consolidadas en determinados sectores.

En el ámbito farmacéutico español, SIGRE articula un modelo de responsabilidad compartida que involucra a la industria farmacéutica, la distribución y las oficinas de farmacia, permitiendo abordar desde hace 25 años de forma integral el ciclo de vida de los residuos de medicamentos de origen domiciliario.

Se trata de un modelo alineado con los principios de la Responsabilidad Ampliada del Productor (RAP) y con los objetivos de circularidad previstos en la normativa de residuos.

La RAP es un principio de la política ambiental europea, basado en la premisa de "quien contamina paga", que obliga a los fabricantes y envasadores a



La industria farmacéutica está sabiendo anticiparse a los retos ambientales

asumir la carga financiera y organizativa de la gestión de sus residuos. A través de sistemas individuales o colectivos, esta normativa traslada el coste del reciclaje desde las administraciones públicas hacia las empresas productoras.

SIGRE, el Sistema Colectivo de Responsabilidad Ampliada del Productor (SCRAP) del sector farmacéutico, lleva más de dos décadas gestionando los envases y residuos de medicamentos de origen doméstico, es decir, los generados en los hogares españoles. A partir del 1 de enero de 2025, para dar cumplimiento a las nuevas obligaciones que la normativa en materia de envases impone a los productores, SIGRE amplió su ámbito de actuación a los envases comerciales de medicamentos que se generan en los establecimientos sanitarios y en las instalaciones de la distribución farmacéutica de nuestro país.

Para ello, la Consejería de Medio Ambiente, Agricultura e Interior de la Comunidad de Madrid concedió a SIGRE la correspondiente autorización administrativa como SCRAP, incorporando de forma expresa la prevención como uno de los ejes fundamentales de funcionamiento. En este sentido, la autorización prevé que SIGRE pueda desarrollar planes empresariales de prevención y ecodiseño (PEPE) orientados a reducir el uso de recursos no renovables, aumentar la presencia de materiales reciclados y mejorar la reciclabilidad de los envases farmacéuticos. Se refuerza así una visión que trasciende la fase final del residuo y sitúa el foco en el propio diseño del envase, como palanca esencial para disminuir su impacto ambiental a lo largo de todo el ciclo de vida.

Este planteamiento resulta especialmente relevante en un sector como el farmacéutico, donde cualquier mejora debe ser compatible con exigencias muy estrictas de seguridad, conservación y calidad del medicamento. Precisamente por ello, el ecodiseño adquiere un valor estratégico: permite avanzar en sostenibilidad sin comprometer la función esencial del envase.

Dentro de esta estrategia de sostenibilidad destaca el lanzamiento a finales del año 2023 del nuevo Plan Empresarial de Prevención y Ecodiseño (PEPE) de envases del sector farmacéutico para el periodo 2024-2028. Se trata del noveno plan que acomete la industria farmacéutica para seguir progresando en la aplicación de los principios de la economía circular y así reducir el tamaño y espesor de los envases farmacéuticos, mejorar su reciclabilidad y minimizar su impacto ambiental.

El PEPE, que permitirá contribuir al cumplimiento de los objetivos de prevención establecidos en la normativa sobre envases, tiene como meta reducir entre el 1 y el 1,5 % el peso de los envases de medicamentos y prevé incrementar en un 5 % el número de iniciativas cualitativas que favorezcan la reciclabilidad de los envases y minimicen su impacto ambiental.

Un desafío considerable, teniendo en cuenta los logros obtenidos previamente y los estrictos requisitos que deben cumplir los envases de medicamentos. Sin embargo, las compañías farmacéuticas lo han afrontado con una perspectiva ambiciosa, tal como evidencian las más de 200 empresas participantes,

que representan el 93 % de las unidades de envases comercializados y el 90 % del peso total de estos.

El compromiso de la industria farmacéutica con la sostenibilidad ambiental ha permitido que en todos los planes de prevención se haya dado cumplimiento a los objetivos fijados e, incluso, a la obtención de unos resultados más favorables a los previstos inicialmente.

Prueba de ello es que, desde el año 2000, las compañías farmacéuticas han puesto en marcha más de 3.500 iniciativas de mejora ambiental, consiguiendo que actualmente uno de cada tres medicamentos comercializados en España incorpore alguna medida de ecodiseño en sus envases para ser más respetuoso con el entorno.

Estos planes también tienen un efecto tractor sobre toda la cadena de valor del medicamento y refuerzan el compromiso colectivo del sector con la economía circular. En definitiva, este plan es un ejemplo de cómo la industria farmacéutica está sabiendo anticiparse a los retos ambientales, trabajando con visión de largo plazo y con un enfoque claramente alineado con los objetivos europeos de sostenibilidad ambiental y One Health.

Profesión

Estatuto Marco: siguen las huelgas mientras continúa la negociación Sanidad-médicos

Con el ultimátum a García, los facultativos buscan la implicación de las CCAA, que jugarán un papel clave

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

Tras meses de paros, negociaciones fallidas y un clima de desconfianza mutua, el Comité de Huelga de los médicos y facultativos daba un paso estratégico fundamental: solicitar formalmente una reunión a tres bandas que incluya no solo al Ministerio de Sanidad, sino también a las comunidades autónomas (CCAA) integradas en el Consejo Interterritorial. Esta iniciativa busca romper el bloqueo técnico y político en el que se encuentra la actualización del Estatuto Marco.

La propuesta, formalizada mediante una carta de los sindicatos médicos remitida el pasado 13 de abril a los consejeros de Sanidad de diferentes CCAA, llegaba a tan solo una semana y media de la tercera semana de paros, ante lo que consideran "imprescindible" que las consejerías de sanidad conozcan de primera mano y "sin distorsión alguna" los elementos fundamentales del conflicto.

El Comité de Huelga, compuesto por CESM, SMA, Metges de Catalunya, AMYTS, SME y O'MEGA, argumenta que las autonomías no pueden quedar al margen de un debate que afecta de lleno a la organización asistencial y a la propia sostenibilidad del sistema sanitario público. Quieren que los responsables regionales entiendan cómo determinadas medidas normativas repercutirían en la organización de cada territorio, una apelación con una fuerte carga política en un contexto donde el Ministerio y las CCAA gobernadas por el Partido Popular mantienen un pulso constante.

DEL MEDIADOR AL SILENCIO

Aunque puede que ahora la negociación vuelva a tener tres protagonistas, los sindicatos médicos parecen estar más cómodos que con las opciones anteriores, con propuestas de mediación por parte de organizaciones de pacientes. Este movimiento hacia las CCAA se produce inmediatamente des-



Manifestación de los sindicatos médicos durante los paros de marzo.

pues de un cambio de método en la interlocución directa con el Ministerio. El pasado lunes 13 de abril, ambas partes volvieron a sentarse en la sede del Paseo del Prado tras la "no reunión" de la semana anterior. Aquel encuentro fallido tuvo como detonante la figura del mediador: el Ministerio propuso a la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) para ejercer este rol, una decisión que los sindicatos calificaron de "unilateral", "ocurrencia de manual" y "cortina de humo".

Desde el prisma sindical, la neutralidad es imposible cuando se propone como árbitro a la parte directamente afectada por los paros: los pacientes. Finalmente, en la reunión del lunes 13, Sanidad y los médicos acordaron un giro radical hacia la discreción para blindar la mesa de negociación del "cruce de titulares" y las filtraciones interesadas.

A pesar de este silencio, fuentes sindicales advertían que las posiciones de partida "siguen estando alejadísimas", y todavía no han desconvocado los paros previstos a partir del día 27 de abril.

ABISMO TÉCNICO Y LEGAL

Para comprender por qué el conflicto se ha enquistado, es necesario analizar las deman-

das que los sindicatos consideran irrenunciables. El Comité de Huelga mantiene seis puntos clave que el Ministerio, hasta ahora, ha tildado en gran medida de "técnicamente inviables" o incluso "ilegales".

1. Estatuto propio. Un marco normativo específico que reconozca la singularidad y responsabilidad única de la labor médica, diferenciándola del resto de categorías.

2. Mesa de negociación directa. Una interlocución vinculante donde los médicos negocien sin la tutela de sindicatos generalistas como CCOO o UGT, que los facultativos consideran que no representan sus intereses técnicos.

3. Clasificación profesional (Grupo A1 Plus / Grupo 9). El reconocimiento administrativo de los 11 años de formación y la responsabilidad legal que asume el médico sobre el proceso asistencial.

4. Jornada de 35 horas y guardias voluntarias. Exigen que la jornada ordinaria máxima sea de 35 horas en todo el territorio y que las guardias de 24 horas sean voluntarias y pagadas al 150% de la hora ordinaria.

5. Jubilación anticipada. La aplicación de coeficientes reductores que compensen

el desgaste tras décadas de guardias nocturnas obligatorias.

6. Garantías de igualdad. Protección real de las retribuciones y descansos ante situaciones de maternidad y lactancia.

Frente a este catálogo, el Ministerio de Sanidad respondía con la "rigidez competencial", recordando que muchas de estas medidas son competencia de los gobiernos regionales. Además, el salto al Grupo 9 es inviable para el Ministerio, que ve la creación de categorías para médicos sin especialidad como ilegal. En cuanto a la jornada, el abismo es total: mientras los médicos piden las 35 horas inmediatas, el Ministerio defiende una jornada de 45 horas en cómputo cuatrimestral y remite la organización de turnos a las comunidades autónomas, o apunta a otras carteras como la Seguridad Social.

EL ULTIMÁTUM

Desde que el pasado mes de enero se conociera el borrador del Estatuto Marco, el conflicto ha ido dejando de ser una disputa laboral para convertirse en uno de los principales arietes políticos de las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular contra

el Gobierno central. La tensión alcanzó su punto álgido en el Consejo Interterritorial del pasado 9 de abril, donde se produjo una ofensiva sin precedentes contra la ministra Mónica García.

El bloque del PP lanzaba un órdago: si para el 27 de abril no hay un acuerdo firme que ponga fin a los paros, exigirán formalmente al presidente Pedro Sánchez la destitución inmediata de Mónica García y su sustitución por una figura con capacidad de gestión, mientras reclaman una financiación finalista para llevar a cabo las exigencias de los médicos.

Desde el Comité de Huelga han pedido disculpas a los pacientes, pero insisten en que "la huelga es la última opción para garantizar que el sistema no se degrade aún más".

¿HACIA UNA TREGUA?

Pese a todo, el calendario de la denominada "primavera de movilizaciones" no da tregua. La próxima gran ventana de paros nacionales está fijada para la semana del 27 al 30 de abril. De no haber acuerdo, los sindicatos ya han trazado el plan para mayo y junio, con huelgas de una semana completa cada mes.

La ministra Mónica García defiende que su reforma "es un hito histórico" que atiende a la mayoría de las reivindicaciones legales y competenciales.

De momento, las negociaciones continúan tras la convocatoria por parte de Sanidad a los sindicatos médicos el pasado viernes, con la tercera semana de movilizaciones y la participación de las CCAA en el aire.

El éxito o fracaso de este nuevo formato determinará si el SNS logra una tregua necesaria o si se encamina hacia un conflicto crónico que amenaza con desbordar la capacidad de respuesta del sistema público antes de la llegada del verano.

ACCEDER A LA NOTICIA COMPLETA



Sanidad se da tres meses más para decidir sobre la creación de la especialidad de Infecciosas

Ordenación Profesional se compromete a elevar la cuestión a la Mesa de Personal antes del 14 de julio

ENRIQUE DELGADO SANZ
Madrid

El culebrón sobre la especialidad de Infecciosas continúa. Este martes vence el plazo en el que el Ministerio de Sanidad debía tomar una decisión sobre si dar luz verde o no a dicha especialidad. No obstante, el nuevo titular de la Dirección General de Ordenación Profesional, Miguel Ángel Mañez, ha activado la prerrogativa extraordinaria que le permite aplazar la decisión tres meses más antes de ofrecer un dictamen definitivo.

Esta ampliación de plazo solo puede emplearse una vez por parte del Ministerio y, según ha podido saber Gaceta Médica de fuentes conocedoras del proceso, Sanidad habría comunicado esta mañana a los representantes de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) que va a prorrogar el plazo. De esta forma, la nueva fecha límite pasa a ser el próximo 14 de julio.



Patricia Ruiz y Javier Membrillo, al presentar la solicitud en Sanidad.

En dicha reunión, el Ministerio se ha comprometido a llevar el asunto a la Mesa de Personal en el nuevo plazo. La ampliación llega en un contexto en el que se ha producido el reciente relevo al frente de la Dirección General y en el que son numerosos los asuntos que Sanidad tiene encima de la mesa.

La prórroga resulta fundamental para mantener con vida una especialidad cuya reclamación es

una demanda histórica de los profesionales. También deja la puerta abierta a la futura aprobación ya que, si no se hubiera activado este aplazamiento de tres meses, el silencio del Ministerio hoy hubiera resultado desestimatorio. Este hecho hubiera implicado, a su vez, que no se hubiera podido reactivar la creación de la especialidad durante los próximos cuatro años.

El presidente de la SEIMC, Javier Membrillo, al ser preguntado

por Gaceta Médica, valora como "positivo" el compromiso del Ministerio de elevar la creación de la especialidad de Infecciosas a la Mesa de Personal en los próximos tres meses, si bien reconoce cierta "decepción" con este aplazamiento. Membrillo considera que se trata de un asunto "urgente" que arrastra reclamaciones "desde hace 4 años".

UNA DECISIÓN FUNDAMENTAL

La decisión, ya sea en un sentido o en otro, es fundamental, ya que de ella depende que esta especialidad se pueda poner en marcha o no. En este sentido, merece la pena recordar que España es uno de los pocos países de su entorno que todavía no la ha puesto en marcha, algo que parece pertinente en un contexto en el que las amenazas de este tipo son cada vez más usuales y graves.

Así lo han recordado en varias ocasiones los representantes de la SEIMC, como Javier Membrillo,

su presidente, quien en una entrevista concedida meses atrás a este diario, reivindicó la importancia de que la especialidad contara con un programa formativo propio homologable con el de otros países europeos.

En este sentido, la SEIMC ha descartado tradicionalmente que el itinerario formativo responda a un área de capacitación específica (ACE), una reclamación que asumió el grupo de trabajo que evalúa las solicitudes de creación al dar luz verde al inicio de la tramitación. Los expertos, como informó Gaceta Médica, concluyeron que debe tramitarse la solicitud de una especialidad completa en Enfermedades Infecciosas.

Todo ello llega, también, en un escenario en el que el Gobierno ha mostrado su compromiso con una correcta preparación y respuesta frente a futuras emergencias sanitarias con pasos adelante como la aprobación de la ley de la Agencia Estatal de Salud Pública.

Medicina de Familia, ante el MIR 2026: la especialidad con más plazas busca consolidar su relevo y atractivo

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

Todos los MIR de este año tienen una cosa en la cabeza: el momento en el que estos miles de jóvenes facultativos elegirán su plaza una vez que ya tienen claros los resultados de 2025.

Tras un lustro de tendencias preocupantes, donde en 2023 quedaron 131 plazas desiertas y en 2024 la cifra escaló hasta las 246 vacantes, la última convocatoria se completó por primera vez en cinco años. Las sociedades científicas reivindican ahora la Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) como el «eje estratégico del sistema», recordando que es clave para garantizar la sostenibilidad asistencial.

Los datos revelan una paradoja en la elección: en los primeros compases, la especialidad apenas suscitó interés, siendo

elegida por solo 22 de los primeros 3.000 aspirantes.

Esta lentitud inicial suele alimentar un relato de desafección, pero Remedios Martín, presidenta de la semFYC, insiste en que no se puede analizar el proceso de forma aislada: "El hecho de que MFyC oferte un mayor número de plazas responde a su peso estructural dentro del SNS, no a una menor atractividad intrínseca".

Con 2.544 plazas de un total de 12.366, su oferta multiplica por 18 el promedio del resto de especialidades, lo que la sitúa como la de mayor volumen de elección en términos absolutos.

Desde SEMERGEN insisten en que MFyC es "una especialidad tan valorada como las hospitalarias", señalando que su demanda total fue mayor que la de áreas como Urología, Neurología u Oncología Médica.



Pilar Rodríguez Ledo, presidenta de la SEMG, la define como la "columna vertebral del sistema", destacando su capacidad resolutoria al solventar el 90% de los problemas de salud con menos del 14% del presupuesto sanitario. No obstante, admiten que su imagen vocacional se ve perjudicada por la situación de la Atención Primaria en España.

Los retos estructurales centran el debate. Sergio Cinza (SE-

MERGEN) destaca que la "infra-dotación de recursos repercute en la calidad del cuidado".

Se critica la incorrecta planificación ante la jubilación del 'baby boom' y el déficit educativo en las universidades, donde las asignaturas de medicina general son mínimas.

Según los expertos, la falta de contacto real durante el grado provoca que los opositores elijan basándose en una

formación casi exclusivamente hospitalaria. Un aspecto clave es el desplazamiento del talento hacia ciudades como Valencia y Zaragoza por su calidad de vida. El hecho de que un número 24 eligiera Sevilla demuestra que "el talento de élite también busca la Atención Primaria cuando la pasión prima sobre las modas estadísticas". Pese a ello, preocupa la pérdida de 1.293 plazas desde 2017 por renuncias o no incorporaciones.

El MIR 2026 determinará si la cobertura total de 2025 fue el inicio de una era donde la especialidad recupera su lugar como eje de un sistema eficiente y sostenible.

ACCEDE A
LA NOTICIA
COMPLETA



El horizonte del MIR 2027: el reto de consolidar Urgencias y lanzar Infecciosas y Genética

Del Programa Oficial de Urgencias a la necesidad estratégica de Infecciosas y el despegue definitivo de Genética

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

El mapa de la Formación Sanitaria Especializada (FSE) en España está viviendo su transformación más profunda en décadas. Tras años de reivindicaciones históricas, vacíos normativos y un creciente desajuste con los estándares europeos, el Ministerio de Sanidad ha comenzado a mover las piezas de un tablero que definirá la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS) para las próximas generaciones. Urgencias y Emergencias, Enfermedades Infecciosas y Genética, en sus vertientes médica y de laboratorio, son los nombres propios de una revolución que busca profesionalizar áreas que, hasta ahora, dependían de la voluntariedad y el autoaprendizaje de miles de facultativos.

Este nuevo horizonte es una respuesta estratégica a la sostenibilidad del sistema, marcada por una crisis de relevo generacional y por una medicina cada vez más personalizada y tecnológica.

EL ESTRENO DE LA MUJE

La medicina de Urgencias ha alcanzado finalmente "un punto y aparte histórico". El 24 de marzo la sesión plenaria de la Comisión de Recursos Humanos del SNS validó finalmente la hoja de ruta formativa de estos futuros especialistas, alcanzando el consenso necesario para aprobar el Programa Oficial de la Especialidad (POE).

Sanidad ha confirmado que esto facilitará la inclusión de las plazas provisionales de Urgencias, pero cabe recordar que, aunque la convocatoria de 2026 ya incluyó las primeras 82 plazas de médico especialista en esta área, las sociedades científicas como SEMES consideran que esta cifra es insuficiente a medio plazo para garantizar la viabilidad de los servicios.

El programa formativo establece una duración de cuatro años, el mínimo legal, aunque desde SEMES se insiste en que "debería alinearse con los cinco años que marcan el currículo y los estándares europeos". Este modelo se apoya en una estructura docente innovadora que garantiza que el residente se forme en tres niveles distintos: hospitales de referencia docente,



servicios de urgencias de hospitales comarcales, clave para la equidad en la España vaciada y servicios de emergencias sanitarias (SEM/UME).

El POE recomienda una media de cinco guardias mensuales para equilibrar el aprendizaje masivo de casos con el descanso. Además, el programa exige hitos técnicos específicos, como realizar al menos 50 intubaciones orotraqueales y 20 usos de dispositivos supraglóticos, sumado a una investigación obligatoria que requiere que las unidades docentes tengan proyectos activos y publicaciones en revistas indexadas. El coste total de formación por residente durante sus cuatro años de formación supera los 250.000 euros.

Más allá de la distribución de guardias, el programa formativo impone hitos técnicos irrenunciables para garantizar la capacitación del residente. Se exige la realización documentada de al menos 50 intubaciones orotraqueales y 20 usos de dispositivos supraglóticos, asegurando que el especialista domine la vía aérea en situaciones críticas.

Asimismo, para que un hospital sea acreditado como unidad docente, debe demostrar una actividad científica notable puesta que se requiere la participación en proyectos de investigación financiados por agencias públicas en la última década y una producción mínima de dos a cuatro publicaciones en revistas indexadas o en PubMed.

Uno de los hitos más esperados es la apertura de la vía extraordinaria de acceso al título, habilitada del 1 al 30 de abril de 2026. Esta medida acata una sentencia del Tribunal Supremo de mayo de 2025 que anuló la

"La mortalidad por infecciones graves se reduce casi a la mitad con especialistas en Infecciosas"

discriminación por fecha de titulación.

De este modo, más de 20.000 médicos, incluyendo generalistas "post-95", médicos extranjeros con título homologado y especialistas que ejercieron en Urgencias antes de obtener su título de especialidad, podrán salir de su "limbo administrativo" y oficializar su estatus.

INFECCIOSAS: HACIA EU

A pesar de que el 5 de enero un grupo de trabajo técnico avaló unánimemente que la vía adecuada es una especialidad completa de cinco años, el proceso ha entrado en un parón administrativo que inquieta a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Recientemente se ha sabido que Ordenación Profesional ha empleado una prerrogativa extraordinaria que solo puede usar una vez y se compromete a elevar la cuestión a la Mesa de Personal con el 14 de julio como fecha límite para formular el dictamen.

El debate técnico ha sido tajante: la propuesta de crear un Área de Capacitación Específica (ACE) de solo dos años ha sido rechazada por ser incompatible con la regulación europea de la UEMS. Un ACE generaría un diploma no homologable internacionalmente y costaría, paradójicamente, unos 300.000 euros

más por plaza que una especialidad MIR convencional.

El modelo defendido por la SEIMC, y respaldado por los expertos de las comunidades autónomas, propone un itinerario compartido de dos años con Medicina Interna, seguido de tres años de competencias específicas. Esta fórmula busca evitar la fragmentación y garantizar que el futuro especialista maneje patologías complejas y lidere equipos multidisciplinares como los PROA, los programas de optimización de antibióticos, algo que desde la SEIMC consideran imprescindible, ya no solo por el relevo generacional, sino para poder hacer frente a lo que han llamado "la pandemia silenciosa": las resistencias antimicrobianas.

"Las bacterias multirresistentes causan ya 24.000 muertes anuales en España, una cifra que supera en 20 veces a los fallecidos por accidentes de tráfico. La evidencia es clara: la mortalidad por infecciones graves se reduce casi a la mitad cuando los pacientes son atendidos por especialistas formados específicamente en la disciplina", sostienen desde la SEIMC.

Esta nueva prórroga del Ministerio, tras seis meses desde la solicitud formal, que acaba de expirar este mes de abril, debería continuar con el desbloqueo del Real Decreto con el foco puesto en la posibilidad de convocar las primeras plazas en el MIR de 2027 y así poder hacer frente al relevo generacional que preocupa a Javier Membrillo, presidente de la Sociedad Española de Infecciosas y Medicina Comunitaria (SEIMC).

GENÉTICA: PRECISIÓN

España es actualmente el único país de la Unión Europea que

no reconoce la Genética como especialidad sanitaria, una anomalía que el Ministerio de Sanidad pretende "corregir de forma inmediata". La creación de las especialidades de Genética Médica y Genética de Laboratorio recibió el visto bueno inicial en diciembre de 2024 y sus Reales Decretos se encuentran en la fase final de tramitación.

La reforma contempla dos perfiles diferenciados con una duración de cuatro años. El de Genética Médica estará reservado exclusivamente a titulados en Medicina, mientras el de Genética de Laboratorio se abordará de forma multidisciplinar, estando abierto a graduados en Biología, Farmacia, Química, Veterinaria y Medicina.

La presidenta de la Asociación Española de Genética Humana (AEGH), Encarna Guillén, advierte que la ausencia de esta ordenación "ha dificultado la planificación de servicios y ha retrasado diagnósticos críticos en enfermedades raras y oncología".

¿LLEGARÁN AL MIR 2027?

Aunque la ministra Mónica García confirmó que el Real Decreto "está a punto de salir", los tiempos administrativos son ajustados. Una vez aprobados los decretos, deben constituirse las Comisiones Nacionales, con un plazo de tres meses, y elaborarse los programas formativos, lo que puede suponer hasta seis meses. Por ello, la previsión es que "la primera convocatoria llegue justa para 2027". Al igual que en Urgencias, se prevé una vía extraordinaria para acreditar a los profesionales que ya ejercen en este área. Mientras Infecciosas acumula retrasos, peligrando su incorporación en la siguiente convocatoria.

La integración de estas especialidades en el sistema de FSE no solo busca equiparar a España con Europa, sino "responder a la complejidad de la medicina del siglo XXI". Permitirá estabilizar una red de seguridad que "hoy es frágil debido la sobrecarga", ya que en 2025 se batieron récords de atenciones y a la falta de relevo.

ACCEDER A LA NOTICIA COMPLETA



El reconocimiento QH de la Fundación IDIS impulsa la excelencia en la atención sanitaria

Para optar a este distintivo, las entidades podrán presentar sus candidaturas hasta el 30 de septiembre

GACETA MÉDICA
Madrid

El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS) ha puesto en marcha la convocatoria de la XIII edición del Reconocimiento QH (Quality Healthcare), una iniciativa que se ha consolidado como una de las referencias en la evaluación de la calidad asistencial en el ámbito sanitario español, tanto público como privado.

Las entidades interesadas en optar a este distintivo podrán presentar sus candidaturas hasta el 30 de septiembre de este año. El reconocimiento analiza el grado de implantación de sistemas de calidad vinculados a la actividad asistencial y pone el foco en la mejora continua de los procesos sanitarios, así como en su impacto directo en los resultados en salud, tanto desde la perspectiva del paciente como de los profesionales.

En un contexto en el que la presión asistencial y la necesidad de eficiencia son crecientes, el sello QH se ha convertido en un elemento de diferenciación para los centros públicos y privados que apuestan por la excelencia. Más allá de un distintivo, la iniciativa busca consolidar una cultura de mejora permanente dentro de los centros sanitarios.

“Cuando existe un compromiso real con la calidad y con su mejora continua, ese esfuerzo se traduce directamente en una mejor atención a las personas que depositan su confianza en los profesionales y en las organizaciones sanitarias. El reconocimiento QH, del que nos enorgullece decir que ya va por su decimotercera convocatoria, nace precisamente con un espíritu integrador, por lo que desde IDIS animamos a centros públicos y privados que trabajan en la senda de la excelencia a participar en esta nueva edición”, explicó Marta Villanueva, directora general de la Fundación IDIS.

CANDIDATURAS

Las entidades interesadas en participar, tanto las que aspiren a mejorar su nivel como las que opten a la renovación de su sello, pueden presentar su candidatura a través de la web habilitada por la Fundación IDIS.

Actualmente, 222 organizaciones asistenciales cuentan



Marta Villanueva, directora general de la Fundación IDIS.

con el Reconocimiento QH en alguna de sus categorías (sello QH, QH 1 estrella, QH 2 estrellas y QH 3 estrellas). Del total, el 41% corresponde a hospitales privados, el 37% a centros de especialidades y policlínicos privados, el 16% a hospitales públicos, el 5% a mutuas y un 0,4% a otros centros públicos, lo que refleja el peso creciente del sector privado en la adopción de estándares de calidad estructurados.

El proceso de evaluación para acceder al reconocimiento exige a los centros aportar evidencias sobre certificaciones y acreditaciones en materia de calidad, seguridad del paciente y responsabilidad social. A partir de esa documentación, la Oficina Técnica realiza un análisis que posteriormente revisa el Comité Auditor, encargado de determinar el nivel final del sello, que puede ir desde QH básico hasta el máximo nivel de tres estrellas.

Más allá del reconocimiento simbólico, el sistema QH funciona como una herramienta de posicionamiento y mejora interna, al incentivar la medición objetiva de resultados y la comparación entre organizaciones. En un en-

calidad como eje central del sistema sanitario.

XII RECONOCIMIENTO QH

En la edición anterior, la Fundación IDIS reunió a distintos representantes del sector de la sanidad española, se presentaron 129 entidades. De entre ellas, hubo 75 que optaron a renovaciones (de las que 74 consiguieron y cinco incluso subieron de categoría); 23 a mejora (7 lo lograron); y 32 nuevas (14 obtuvieron la acreditación).

El subdirector general de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid, Alberto Pardo, que participó en esta edición, destacó el valor transformador de estos reconocimientos: “Estos premios te ayudan indirectamente a identificar buenas actuaciones y a decir ‘mira, ahí está donde tú puedes ir a ver cómo mejorar’. Son un factor motivador y una palanca de cambio que impulsa la cultura de la calidad en las organizaciones sanitarias”, afirmó.

Por su parte, Villanueva afirmó que “el Reconocimiento QH es un estímulo clave para que tanto las entidades públicas como privadas se esfuercen por alcanzar los estándares más altos en calidad asistencial y eficiencia. Este reconocimiento no solo pone de manifiesto el compromiso con la excelencia en la atención sanitaria, sino también con la creación de un entorno seguro y accesible para los pacientes, que responde de manera eficaz a sus necesidades”.

El reconocimiento QH aporta un valor sustancial en la sociedad en general, en el profesional sanitario y en el paciente en particular. En el primer caso, por su apuesta decidida por la consecución de la mejor sanidad para todos, algo que sin duda es un objetivo clave en el que estamos empeñados desde la Fundación IDIS; en el segundo caso, porque reconoce el trabajo que realizan los profesionales sanitarios, así como la excelencia de los departamentos, áreas y servicios de los diferentes centros; y en el tercer caso, porque permite identificar al paciente qué entornos sanitarios asistenciales realizan un esfuerzo mayor en aportar los estándares de calidad más elevados en sus actuaciones, todo ello para conseguir los mejores resultados sanitarios y de salud.

“Desde IDIS animamos a los centros de excelencia a participar en esta edición”

“Este reconocimiento impulsa a las entidades a mejorar la calidad asistencial”



Acto de entrega de la edición anterior de XII Reconocimiento QH.

Nursia Up: la nueva app que combina conexión, empleo e investigación para la Enfermería

Esta iniciativa del CGE busca la "inteligencia colectiva enfermera" y el desarrollo de la profesión en todas sus etapas

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ

Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) ha presentado oficialmente Nursia Up, una plataforma digital diseñada exclusivamente para los más de 350.000 profesionales de la enfermería en España, un espacio único que combina red social, herramientas profesionales y formación especializada, diseñado para reunir a la comunidad enfermera en un entorno digital único.

Su misión es fomentar el conocimiento compartido, la colaboración y el desarrollo profesional, consolidándose como el gran ecosistema de la enfermería en España. Un punto de encuentro único y exclusivo que no existe en ninguna otra profesión.

Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, definió a Nursia Up como "algo que va mucho más allá de una aplicación o una red social", destacando que "supone un paso estratégico hacia la modernización y fortalecimiento de la profesión. Con Nursia Up se crea un nuevo canal para la difusión de información, actividades y recursos de interés para los enfermeros españoles". Por su parte, Raquel Rodríguez Llanos, vicepresidenta del CGE, subrayó la necesidad de canalizar el potencial del sector, porque "la enfermería actual rebusca talento y ese talento tiene muchas formas de expresarse. Pero hacía falta canalizarlo para que pudiera llegar a cada rincón de este país". Rodríguez Llanos enfatizó que "esta herramienta nace de muchos meses trabajando este proyecto" con el fin de demostrar que "hay una enfermería unida llena de vanguardia y dinamismo".

Los conductores del evento, David Ruipérez, director de comunicación del CGE, e Irene Ballesteros, del mismo departamento, explicaron que el desarrollo de la app se basó en la escucha activa. Ruipérez fue tajante al dar la bienvenida a lo que llamó "el futuro del cuidado enfermero... una nueva forma de entender la profesión". Según explicó, tras años trabajando con el colectivo, decidieron hacer algo "revolucionario": "Escucharos, escuchar y entender y tener la predisposición de mejorar la realidad de quienes estáis en la primera línea de los cuidados".



Un instante del evento en el que se presentó esta novedosa iniciativa.

Por su parte, Irene Ballesteros puso el foco en el problema de la infoxicación actual. "Si algo no falta hoy en día es la información. El problema es diferenciar entre cuál sirve, cuál es veraz, cuál es fiable y cuál debemos desechar del todo", señaló, asegurando que Nursia Up "no es una aplicación más en el scroll infinito", sino "un espacio comunitario y participativo".

Uno de los momentos más memorables fue el monólogo de Héctor Nafría, enfermero del Instituto de Investigación del CGE. Nafría recordó cómo "el mítico boli de cuatro colores" marcó a generaciones antes de la llegada de la Inteligencia Artificial. "Hoy sabemos que vivimos en un nuevo ecosistema sanitario digital en el que antes sobrevivía al que más sabía, ahora sobrevive el que mejor se conecta", aseguró.

UNA HERRAMIENTA 360°

La plataforma no ha sido diseñada solo como una red de comunicación, sino como un asistente integral para la vida profesional de la enfermera. Su arquitectura digital se divide en varios ejes fundamentales que buscan resolver la dispersión de información que sufre el colectivo.

En el corazón de la aplicación se encuentra el muro social, definido como la primera red social exclusiva para la enfermería en España. Su gran ventaja competitiva es la ausencia de censura clínica: permite publicar imágenes de contenido sensible, como heridas o cirugías, que otras plataformas suelen bloquear, facilitando así el aprendizaje visual y el intercambio de casos reales entre

"Antes sobrevivía el que más sabía, ahora sobrevive el que mejor se conecta"

Aspira a ser "el ecosistema que acompañe a la enfermera desde la palma de su mano" en toda su carrera

profesionales, estudiantes y jubilados. Además, incluye un sistema de chat privado y canales informativos para crear grupos de trabajo o de facultad.

Para el desarrollo profesional, Nursia Up integra secciones como la de 'Empleo y Oposiciones', un repositorio centralizado con convocatorias, sedes, fechas y listados de admitidos, evitando que el profesional tenga que navegar por múltiples boletines oficiales; la biblioteca y los recursos de formación, con acceso directo a una biblioteca documental con manuales, guías y recursos de investigación actualizados, además de un catálogo de becas y premios.

A esto le acompañará una agenda sectorial, un calendario unificado con todos los eventos, jornadas y congresos de interés para el sector, además de espacios específicos vinculados a los Colegios Provinciales, permitiendo a las enfermeras acceder a servicios, promociones y foros de su territorio concreto, unien-

do lo global con lo local en una misma interfaz.

El evento concluyó con el anuncio de importantes novedades que se incorporarán en las próximas actualizaciones. Entre las novedades más esperadas se encuentra un calendario interactivo de turnos, diseñado para que las enfermeras puedan gestionar sus cuadrantes directamente desde la app.

Asimismo, la plataforma incorporará herramientas de uso clínico diario, como una sección de tablas para cálculo de dosis y diversas escalas validadas. En un compromiso firme con la salud mental del colectivo, también se integrará un autotest de estrés laboral, una herramienta diagnóstica para que las profesionales puedan evaluar su nivel de agotamiento y saber cuándo es necesario solicitar ayuda especializada. Con estas adiciones, Nursia Up aspira a ser "el ecosistema definitivo que acompañe a la enfermera desde la palma de su mano" en cada etapa de su carrera.

La demostración técnica corrió a cargo de Carlos Hernández y Teresa Rodríguez, miembros del equipo de desarrollo. Hernández presentó el muro, un lugar donde estudiantes, profesores y profesionales jubilados pueden compartir experiencias, incluyendo contenido que otras plataformas censuran, convirtiéndose en "un espacio donde se puede publicar cualquier imagen de contenido sensible como heridas o cirugías, ese contenido que el resto de plataformas en ocasiones censura".

Teresa Rodríguez detalló la utilidad práctica, la centrada en el opositor y el investigador. "Desde hoy lo vais a tener mucho

más fácil. Tenéis convocatorias, sedes, fechas, listados de admitidos o las resoluciones. Todo en un único lugar y en cuestión de clics", explicó, recordando además la biblioteca documental y el acceso directo a recursos de investigación, donde estarán plenamente accesibles "toda la información y recursos más relevantes del sector en un único lugar con la máxima facilidad de uso".

UNA REVOLUCIÓN QUE ACABA DE EMPEZAR

En un contexto en el que la forma de comunicarnos y relacionarnos ha evolucionado de manera significativa, esta idea responde a la necesidad de adaptar la profesión a los nuevos tiempos y proyectar una imagen de la enfermería moderna, actualizada y altamente profesionalizada.

"Esta plataforma nos va a venir muy bien para eso, para encontrar sinergias, para tejer redes, para intentar conformar equipos, para ayudar a la investigación a otros compañeros", concluyó Morán, animando a "empezar a construir cosas juntas".

Durante el final de la presentación de Nursia, Ruipérez detectó que "antes no se llegaba correctamente a todas las enfermeras por vías tradicionales", apuntando a que "si queremos obtener resultados diferentes, tendremos que utilizar métodos diferentes". También aseguró que se trata de una red profesional autorregulada, donde "no tiene cabida la desinformación, ni los bulos, ni contenidos anticientíficos... es una comunidad que en cierto modo estará autorregulada porque no hay usuarios anónimos".

Ruipérez cerró el evento con una promesa de evolución constante, incluyendo calculadoras de dosis y test de estrés laboral: "Hoy hemos encendido la chispa, pero os aseguro que lo que viene no es evolución, es revolución. Bienvenidos a Nursia".

Nursia Up ya está disponible para Android e iOS. Es, en definitiva, el punto de encuentro donde la ciencia, la práctica diaria y la comunidad se dan la mano.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA





Especialidades EIR: la inversión que ahorra costes y garantiza la seguridad del paciente

Radiografía tras 20 años del Real Decreto de especialidades de 2005

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

La enfermería española se encuentra en un punto de no retorno. Tras décadas de lo que el presidente del Consejo General de Enfermería (CGE), Florentino Pérez Raya, califica como "una injusticia histórica que asfixia a un colectivo de más de 355.000 profesionales", el sector asiste a una redefinición estructural. No es solo una cuestión de mejoras salariales; es una batalla por la supervivencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por la seguridad del paciente. Con un ratio de 6,3 enfermeras por cada 1.000 habitantes, dos puntos por debajo de la media europea, es el eje de la modernización.

Han pasado casi dos décadas desde el Real Decreto 450/2005 sobre especialidades. Su implantación efectiva "es muy distinta entre las comunidades autónomas, algo que supone un desequilibrio y una desigualdad enorme". Esta disparidad territorial "crea ciudadanos de primera y de segunda". Un ejemplo es la Enfermería Pediátrica: solo seis comunidades tienen una bolsa de especialistas funcionando, lo que genera un vacío legal donde menores son atendidos por profesionales sin formación específica en cuidados complejos. Como señala Diego Ayuso, secretario general del CGE, la responsabilidad de creación de categorías es de cada CCAA, derivando en un mapa insuficiente tras 21 años de espera.

La Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) es la única excepción de éxito pleno, regulada por una directiva europea. El CGE defiende que este sea el

Cada año emigran 1.600 enfermeras al extranjero buscando el reconocimiento de su especialidad

espejo para el resto: un modelo donde las plazas se cubran exclusivamente por especialistas. En contraste, la Enfermería de Salud Mental sufre gran disparidad; en algunas regiones, los expertos terminan en áreas generales, privando a los pacientes de un cuidado que la evidencia avala como reductor de riesgos.

Un caso similar es la Enfermería del Trabajo. Muchas administraciones prefieren "un modelo de enfermera para todo" que resulta más barato, pero resta calidad a la prevención de riesgos laborales. Por su parte, la Enfermería Geriátrica representa la mayor contradicción: con una población envejecida, no existe una planificación nacional que potencie a estas especialistas en el ámbito sociosanitario.

El muro administrativo es el encuadramiento en el Grupo A2. Para el CGE, esta situación impide que graduados con másteres y doctorados accedan a puestos de alta gestión clínica. "A igual nivel académico, igual categoría profesional", defiende Mar Rocha, del CODEM. El anteproyecto de ley del nuevo Estatuto Marco de enero de 2026 propone clasificar a los profesionales por su titulación, un camino para romper este techo de cristal.

Mientras, la Médico-Quirúrgica tiene los días contados. Sani-

dad y el CGE coinciden en reconvertirla en áreas "con nombres y apellidos claros": cuidados críticos, urgencias y emergencias, o cuidados quirúrgicos complejos. La creación de Urgencias y Emergencias es ya un clamor para que las profesionales tomen decisiones complejas en entornos de incertidumbre.

Pero la falta de reconocimiento está vaciando los hospitales: se fugan 1.600 enfermeras al año al extranjero. Muchos son especialistas EIR que buscan sistemas que valoren su capacitación. Este "desperdicio de talento" tiene un coste humano: cuando los ratios son inadecuados, la mortalidad aumenta. "La especialización no es un coste, sino una inversión estratégica", asegura Jorge Andrada, presidente del CODEM.

El desarrollo de las especialidades está ligado a la capacidad prescriptora. El CGE defiende que no hay criterio técnico que impida a las enfermeras prescribir de forma completa en su ámbito. El objetivo es modificar la Ley del Medicamento para incluirlos como prescriptores de pleno derecho. Asimismo, se reclama la categoría de enfermera investigadora clínica para potenciar cuidados basados en la evidencia, haciendo que investigar sea una labor remunerada y no algo realizado en el tiempo libre. El colectivo exige, en definitiva, un marco normativo real, el paso al Grupo A1 y una Ley de Ratios que cubra el déficit de 100.000 profesionales.

Responsabilidad civil

Responsabilidad civil compartida: qué ocurre cuando una reclamación afecta a varios médicos

Un paciente acude a urgencias donde es valorado en el triaje de enfermería. Después es atendido por un médico y, más tarde, derivado para la realización de varias pruebas diagnósticas, cuyos resultados son interpretados por otro especialista. Días después, el caso termina en una reclamación.

La pregunta es inevitable: ¿quién responde cuando han intervenido varios profesionales?

El trabajo en equipo es una realidad asistencial

La medicina actual es, por definición, un trabajo en equipo. Guardias, turnos rotatorios, interconsultas o cirugías con varios especialistas hacen que un mismo paciente pase por distintas manos en poco tiempo.

Cuando todo funciona correctamente, esta coordinación mejora la atención. Pero cuando surge un problema, la responsabilidad no siempre recae en una sola persona. Es aquí donde entra en juego la llamada responsabilidad civil compartida.

¿Qué significa realmente "responsabilidad compartida"?

Aunque suene complejo, el concepto puede entenderse de forma sencilla. Cuando varios profesionales participan en la atención, la responsabilidad puede adoptar distintas formas:

- **Responsabilidad individual:** cuando el error es claramente atribuible a un único profesional.
- **Responsabilidad solidaria:** cuando no se puede determinar quién causó exactamente el daño o la actuación fue conjunta. En este caso, el paciente puede reclamar a cualquiera de los implicados.
- **Responsabilidad proporcional (mancomunada):** cuando se puede establecer el grado de responsabilidad de cada uno.
- **Responsabilidad subsidiaria:** cuando responde, por ejemplo, el centro sanitario si no lo hace el profesional.

Lo importante para el médico es entender que, en muchos casos, aunque haya varios implicados, su actuación será analizada de forma individual dentro del conjunto del proceso asistencial.

Dónde suelen estar los riesgos

En la práctica, las reclamaciones no suelen surgir por una única decisión aislada, sino por una cadena de actuaciones en la que intervienen varios profesionales.

Los escenarios más habituales son:

- **Cambios de turno en guardias,** donde la información no se transmite correctamente.
- **Trabajo con residentes (MIR),** especialmente en cuanto a supervisión y toma de decisiones.
- **Intervenciones con varios especialistas,** donde las responsabilidades se solapan.
- **Falta de coordinación o comunicación,** uno de los factores más frecuentes en reclamaciones.
- **Historia clínica incompleta o poco clara,** que dificulta reconstruir lo ocurrido.

En estos casos, no siempre existe un error evidente, pero sí puede haber fallos en el conjunto del proceso asistencial.

¿Cómo responde el seguro de RC cuando hay varios implicados?

Cuando una reclamación afecta a varios profesionales, el escenario puede parecer complejo, pero desde el punto de vista del médico asegurado, el funcionamiento suele ser más sencillo de lo que parece.

El seguro de Responsabilidad Civil Profesional actúa como un respaldo individual, independientemente de que haya más implicados. Es decir:

- Cada profesional cuenta con su propia defensa jurídica.
- La aseguradora se encarga de analizar su actuación concreta.
- En caso de condena, si esta es solidaria, el paciente puede reclamar a uno o varios, pero posteriormente las aseguradoras se encargan de repartir responsabilidades internamente.

Esto significa que el médico no tiene que gestionar ese reparto ni enfrentarse en solitario a otros implicados. Siempre que la póliza esté bien diseñada, el profesional cuenta con un auténtico escudo frente a la reclamación.

Además, en entornos con pólizas colectivas o distintos aseguradores, la coordinación entre compañías forma parte del proceso habitual de gestión del siniestro.

Consejos prácticos para reducir riesgos

Aunque no es posible eliminar completamente el riesgo de reclamación, sí hay medidas que ayudan a reducirlo y a mejorar la defensa en caso de conflicto:

- Documentar de forma clara y completa en la historia clínica.
- Dejar constancia de decisiones relevantes, especialmente en cambios de turno.
- Asegurar una correcta comunicación entre profesionales.
- Supervisar adecuadamente a residentes y personal en formación.
- Consultar y compartir decisiones en casos complejos.

Estas prácticas no solo mejoran la calidad asistencial, sino que también refuerzan la posición del médico ante una posible reclamación.

No estás solo ante una reclamación

Uno de los principales temores del médico es enfrentarse en solitario a una reclamación. Sin embargo, la realidad es que en la mayoría de los casos existe un entramado de responsabilidades en el que intervienen otros profesionales, el centro sanitario y las aseguradoras.

Contar con un seguro de Responsabilidad Civil Profesional, como el de Uniteco, garantiza que el médico esté acompañado en todo momento, con defensa jurídica especializada y asesoramiento experto desde el primer instante. Porque en un entorno donde la medicina es cada vez más colaborativa, la protección también debe serlo.

ACCEDER A LA NOTICIA COMPLETA



UNITECO
CORREDURÍA DE SEGUROS

Investigación

El cáncer gástrico en menores de 50 aumenta y también se diagnostica en fases avanzadas

La oncóloga Tania Fleitas, coordinadora del proyecto VERO, analiza las claves de este aumento de casos

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

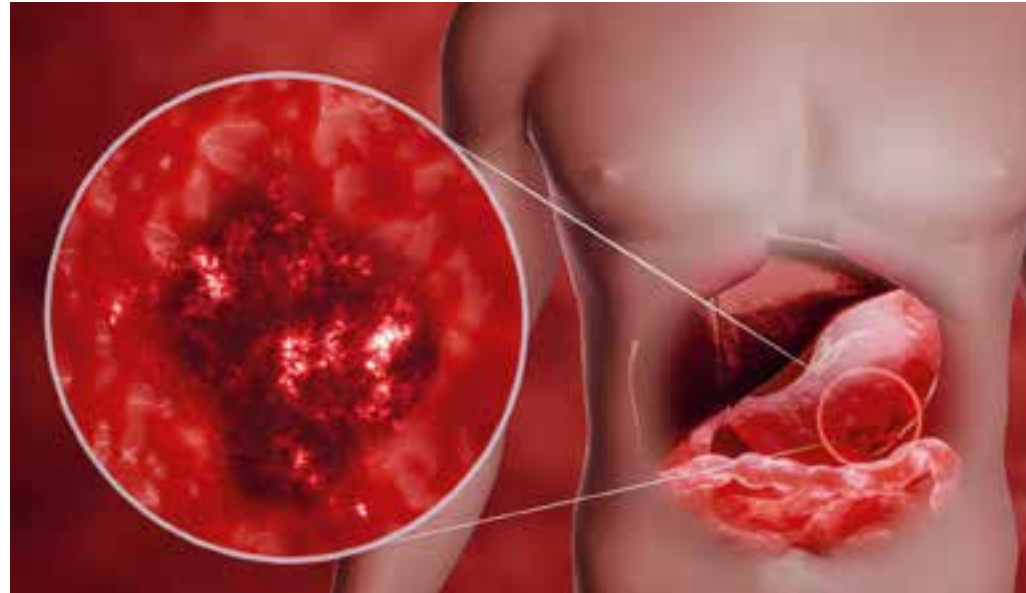
El cáncer gástrico, tradicionalmente vinculado a edades avanzadas, está experimentando un notorio cambio en su patrón epidemiológico. Cada vez son más los casos detectados en personas menores de 50 años, una tendencia que ha impulsado iniciativas de investigación específicas como el proyecto VERO (Valor pronóstico y predictivo de respuesta del microambiente del cáncer gástrico en personas jóvenes), coordinado por la oncóloga Tania Fleitas, coordinadora del Grupo de Investigación Traslacional en Cáncer Esofagogástrico del Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA.

Esta iniciativa, que cumple cuatro años, nació de una historia personal: la de una paciente joven que, durante su enfermedad, promovió la recaudación de fondos para investigar este tumor. Tras su fallecimiento, familiares y allegados recogieron el testigo, dando lugar a un proyecto que se ha convertido en una de las mayores cohortes de estudio del cáncer gástrico en jóvenes en España.

CAMBIO DE TENDENCIA

Durante décadas, el cáncer gástrico ha sido considerado una enfermedad asociada al envejecimiento. Sin embargo, los datos recientes apuntan en otra dirección. Tal y como explica Fleitas en declaraciones a GM, "en los últimos años hemos observado un aumento sostenido de casos de cáncer gástrico en personas menores de 50 años, un fenómeno que contrasta con la epidemiología clásica. En el Proyecto VERO señalamos que el cáncer gástrico en jóvenes está aumentando y no se conocen sus causas".

La experta añade que "además, nuestros datos multicéntricos muestran que, pese a los avances diagnósticos, cada vez más pacientes jóvenes debutan en estadios avanzados, con un incremento del estadio IV del 48,6% al 71,9% entre los perio-



dos 2000–2010 y 2020–2025. Este patrón refuerza la necesidad de estudiar específicamente esta población".

Este aumento de diagnósticos en fases avanzadas es, precisamente, uno de los aspectos más alarmantes. Según los datos preliminares del proyecto, el 61% de los pacientes jóvenes ya presenta enfermedad en estadio IV en el momento del diagnóstico, lo que limita las opciones terapéuticas y empeora el pronóstico.

El origen de este incremento sigue sin estar claro, pero los investigadores trabajan con varias hipótesis. "Creemos que existen mecanismos diferenciales. El cáncer gástrico es multifactorial, pero en jóvenes sospechamos una combinación distinta de factores: disbiosis, inflamación crónica, autoinmunidad, exposiciones ambientales modernas y posibles diferencias hormonales o genéticas. Pensamos sobre todo que la disbiosis podría desempeñar un papel clave", argumenta Fleitas.

Además, el análisis de los datos está revelando diferencias relevantes según el sexo. Según la oncóloga, "los últimos datos analizados refuerzan esta idea: observamos marcadas diferencias por sexo, con mujeres más jóvenes al diagnóstico ($p=0,017$), mayor frecuencia de histología difusa (71,6% vs

44,0%) y tumores de alto grado (85,9% vs 57,4%). Estos patrones sugieren biología distinta a las observadas en pacientes mayores y entre hombres y mujeres jóvenes".

MICROAMBIENTE TUMORAL

Uno de los ejes centrales del proyecto VERO es el estudio del microambiente tumoral, es decir, el entorno que rodea a las células cancerosas. Este enfoque puede resultar clave para entender la agresividad del cáncer gástrico en pacientes jóvenes.

De acuerdo con Fleitas, "el microambiente tumoral es determinante en la progresión del cáncer gástrico. En población joven, donde predominan tumores difusos y de alto grado, el microambiente puede ser especialmente relevante para explicar su agresividad".

Además, las diferencias por sexo observadas como la mayor frecuencia de tumores difusos y G3 en mujeres sugieren que el entorno inmunológico y estromal podría estar modulando la biología tumoral de forma diferencial. Integrar inmunología, microbioma y patología es uno de los pilares del proyecto".

CAMBIAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Tras cuatro años de trabajo y con la participación de 14 hos-

pitales españoles, el proyecto ya ha reclutado más de 4.000 pacientes, de los cuales 668 son menores de 50 años. Este volumen de datos permite empezar a extraer conclusiones clave. Los resultados preliminares muestran varios hallazgos relevantes:

- Alta proporción de enfermedad avanzada: el 61% de los pacientes jóvenes se diagnostican en estadio IV, y esta proporción ha aumentado significativamente con el tiempo (hasta el 71,9% en 2020–2025).
 - Diferencias marcadas por sexo: las mujeres presentan tumores más agresivos (difusos y G3).
 - Predominio de histología difusa: 57,6% en la cohorte total.
- Estos hallazgos ponen en relieve la necesidad de la búsqueda de estrategias de detección más temprana en población joven, así como el desarrollo de biomarcadores específicos para este grupo de edad.

DETECCIÓN PRECOZ

Uno de los objetivos del proyecto es mejorar el conocimiento de la población sobre esta enfermedad. La detección temprana sigue siendo clave para mejorar la supervivencia, pero en jóvenes suele retrasarse debido a la inespecificidad de los síntomas.

"En población joven es especialmente importante identificar y tratar *H. pylori*, sobre todo, en pacientes con antecedentes familiares y mantener hábitos dietéticos saludables. Respecto a los síntomas, el cáncer gástrico es una enfermedad 'silente', pero cuando aparecen signos de alarma, estos incluyen: dolor abdominal persistente, pérdida de peso inexplicable, náuseas o vómitos recurrentes, dificultad para tragar, sensación de plenitud temprana y anemia sin causa aparente. En jóvenes estos síntomas suelen atribuirse a gastritis o estrés, lo que retrasa el diagnóstico", señala Fleitas.

En este sentido, el componente humano es, precisamente, uno de los elementos diferenciales del proyecto VERO. "El origen personal del proyecto ha marcado profundamente nuestra forma de trabajar. La historia de Vero nos mostró la urgencia de comprender por qué un cáncer tradicionalmente asociado a edades avanzadas puede aparecer en personas jóvenes sin factores de riesgo evidentes. Este impacto humano ha generado una implicación excepcional del equipo y ha impulsado un enfoque multidisciplinar, ambicioso y centrado en las necesidades reales de los pacientes jóvenes. VERO no es solo un estudio científico: es un compromiso con ellos", afirma la oncóloga.

La participación de 14 centros hospitalarios de toda España ha sido clave para el desarrollo del proyecto. Esta colaboración ha permitido reunir una cohorte amplia y diversa, así como integrar diferentes disciplinas médicas y científicas. Como explica Fleitas, "la colaboración multicéntrica es una de las grandes fortalezas del proyecto. Nos permite disponer de una cohorte diversa de 4.069 pacientes hasta la fecha, de los que 668 son jóvenes y validar hallazgos en distintos entornos clínicos."

ACCEDER A
LA NOTICIA
COMPLETA



Reto en cáncer de colon: "Diagnosticar antes y aumentar la participación en los cribados"

El cribado poblacional, la medicina de precisión y los avances en radioterapia están cambiando su abordaje

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

El cáncer colorrectal se mantiene como el tumor más frecuente en España, con más de 44.500 casos estimados en 2025, y continúa siendo una de las principales causas de muerte oncológica en el país. Sin embargo, los avances en cribado, diagnóstico y tratamiento están cambiando el curso de la enfermedad, abriendo una ventana de optimismo tanto para profesionales como para pacientes.

Así lo explica Sigfredo Elías Romero Zoghbi, coordinador del Grupo de Tumores Digestivos de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), en una entrevista con GM, quien subraya el enorme impacto de esta patología. "El cáncer colo-



rectal es el cáncer más frecuente en España y sigue siendo el segundo con mayor mortalidad, con más de 15.000 fallecimientos anuales", señala.

Este elevado número de casos responde, en gran medida, al envejecimiento de la población. "La edad es el principal

factor de riesgo, y cerca del 70% de los casos se diagnostican en mayores de 65 años", explica el experto. No obstante, también influyen factores modificables como la obesidad, el consumo de alcohol y tabaco o una dieta poco saludable. "Sabemos que la actividad física protege frente al cáncer de colon, mientras que la carne procesada, el alcohol o la obesidad aumentan el riesgo".

El incremento de casos de cáncer de colon también tiene una lectura positiva: hoy se diagnostica mejor y antes. El despliegue del cribado poblacional y el mayor acceso a pruebas como la colonoscopia han permitido detectar lesiones precancerosas y tumores en fases iniciales. "Hoy el cáncer colorrectal se aborda antes y mejor", afirma el experto. "El cribado permite

detectar pólipos avanzados y tumores en fases iniciales, cuando las posibilidades de curación son mucho mayores".

A esto se suma una evolución significativa en el tratamiento. El abordaje actual es cada vez más multidisciplinar y personalizado, especialmente en el cáncer de recto. "Han sido clave la mejora del estadije con resonancia magnética, la radioterapia moderna y la incorporación de la terapia neoadyuvante total en pacientes seleccionados", destaca. Además, en determinados casos, se han abierto nuevas estrategias. "Hoy incluso podemos plantear estrategias de 'watch and wait' en pacientes con respuesta completa, evitando cirugía en algunos casos", apunta.

Uno de los grandes avances ha sido la medicina de precisión,

especialmente en enfermedad metastásica. "Actualmente es obligatorio estudiar biomarcadores como RAS, BRAF o MSI/dMMR desde el diagnóstico metastásico, lo que permite seleccionar terapias dirigidas o inmunoterapia en subgrupos concretos", explica Romero Zoghbi.

RETOS PENDIENTES

A pesar de los avances, siguen existiendo importantes desafíos. "El reto es triple: diagnosticar antes, aumentar la participación en el cribado y seguir personalizando mejor el tratamiento". El experto recuerda que una proporción significativa de pacientes presenta metástasis. "No es solo tener más tratamientos, sino identificar mejor qué pacientes se benefician de cada estrategia".

#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 para el Desarrollo de la Investigación y la Innovación en Oncología

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.

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



Johnson & Johnson



Colaboran:



Vacunas mejoradas frente a la gripe: clave para superar la inmunosenescencia en mayores

Según López Hoyos (Hosp. Marqués de Valdecilla), el deterioro inmunitario depende de la "inmunobiografía"

ANDREA RIVERO GARCÍA

Madrid

La vacunación antigripal en personas mayores se enfrenta a un reto creciente: el impacto de la inmunosenescencia sobre la respuesta inmune. Este fue uno de los ejes centrales de la mesa dedicada a este tema en la XI edición de las Jornadas de Actualización en Gripe, organizadas por Seqirus, moderada por Manuel Méndez Díaz, técnico responsable del Programa de Vacunaciones en la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, y con la participación de Marcos López Hoyos, jefe del Servicio de Inmunología en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, y Alberto Pérez Rubio, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y director Médico del Complejo Asistencial de Ávila, quienes analizaron cómo adaptar las estrategias vacunales a una población cada vez más envejecida.

Uno de los mensajes clave de López Hoyos fue la necesidad de superar la visión basada únicamente en la edad cronológica. Durante su intervención insistió en que el deterioro inmunitario depende de múltiples factores acumulados a lo largo de la vida: "La inmunosenescencia no es un tema de decir 'a partir de los 65 soy mayor', tiene que ver con nuestra inmunobiografía, con todos los factores intrínsecos y extrínsecos".

En esta línea, defendió un cambio conceptual hacia la "inmunofragilidad", señalando que "el sistema inmunitario funciona peor... las respuestas son más lentas, menos robustas y duraderas", lo que condiciona una mayor vulnerabilidad frente a infecciones.

Por su parte, Pérez Rubio centró su intervención en el impacto específico de la gripe en función de la edad: "La gripe está tremendamente influenciada por la edad... en función de la edad que tengas, así se va a comportar".

En este sentido, subrayó que "la población mayor de 65 años es especialmente vulnerable a la gripe, es donde se asocia la mayor carga de enfermedad y la mayor morbilidad", recordando además que a partir de los 50 años la mayoría de la



"Los mayores de 65 años son especialmente vulnerables a la gripe: mayor carga de enfermedad y mayor morbilidad"

"El ritmo circadiano influye mucho en la respuesta inmune"

población presenta ya factores de riesgo.

VACUNAS MEJORADAS: UNA RESPUESTA ADAPTADA

Durante su exposición, Marcos López Hoyos explicó los fundamentos inmunológicos que justifican el desarrollo de vacunas mejoradas, como las adyuvadas o las de alta carga antigénica. Según detalló, los adyuvantes

permiten potenciar la respuesta inmunitaria: "Aumentan la respuesta inducida, títulos de anticuerpos más elevados, más rápidos y duraderos".

Además, resumió su mecanismo de acción de forma gráfica: "El adyuvante lanza la respuesta y el antígeno le da la especificidad", destacando su papel clave en poblaciones con respuesta inmune limitada.

En este sentido, en la parte más clínica, Alberto Pérez Rubio repasó la evidencia disponible, destacando que "existe una evidencia de una mayor efectividad de las vacunas mejoradas en población mayor de 65 años". Los estudios muestran reducciones relevantes en hospitalizaciones, especialmente por gripe y neumonía.

Asimismo, destacó que tanto las vacunas adyuvadas como las de alta carga han demostrado beneficios consistentes en este grupo de edad. En esta línea, uno de los puntos más debatidos fue la comparación entre ambas estrategias. Según explicó el propio Pérez Rubio, "no se encuentran diferencias significativas entre ambas va-

cunas", en referencia a las formulaciones adyuvadas y de alta carga.

Esta conclusión se basa en múltiples estudios observacionales, metaanálisis y ensayos recientes, que apuntan a una efectividad comparable entre ambas opciones, también con perfiles de seguridad similares.

En cuanto a la implementación, se destacó que las recomendaciones internacionales avalan el uso de vacunas mejoradas en mayores de 65 años. En España, aunque sin una preferencia explícita, su uso está ampliamente extendido. Tal y como señaló el ponente, "está generalizado el uso de vacunas mejoradas en población mayor de 65 años", lo que refleja un cambio significativo en la práctica clínica.

UN CAMBIO DE PARADIGMA EN VACUNACIÓN

Durante la mesa, el moderador Manuel Méndez Díaz introdujo también el concepto de equidad en vacunación, recordando que la diversificación de vacunas responde a una necesidad clínica: "Queremos dar las mejores

vacunas a cada persona y no todas las personas son iguales. No hay nada más injusto que tratar a todos por igual".

Este enfoque refleja un cambio de paradigma hacia una vacunación más personalizada, especialmente relevante en el contexto del envejecimiento poblacional. Entre los aspectos aún por definir, López Hoyos apuntó a factores como el momento de administración: "El ritmo circadiano influye muchísimo en la respuesta inmunitaria... tenemos que definir todavía muchísimas cosas". Estos elementos podrían abrir nuevas líneas de optimización de las estrategias vacunales en el futuro.

La mesa evidenció que el abordaje de la gripe en personas mayores requiere tener en cuenta la inmunofragilidad y adaptar las herramientas disponibles. Las vacunas mejoradas se consolidan como la principal estrategia para reducir la carga de enfermedad en este grupo.

Como concluyó López Hoyos, "la vacunación es un método de promoción de la salud en el siglo XXI en una población que está envejeciendo".

"Coordinación, transparencia y seguimiento" para mejorar la adherencia en vejiga hiperactiva

El proyecto ClaVHes trata de reducir el abandono terapéutico en una patología que afecta a 5 millones de españoles

JAVIER ALBERCA
Madrid

La vejiga hiperactiva (VH) es una patología crónica, infra-diagnosticada y altamente incapacitante que afecta en España a entre el 12% y el 17% de la población adulta, cerca de cinco millones de personas. Sus principales síntomas son la urgencia miccional, el aumento de la frecuencia urinaria y, en muchos casos, la incontinencia urinaria de urgencia. Su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, es mayor en mujeres que en hombres y se incrementa con la edad, el sobrepeso y la obesidad.

Además, va mucho más allá de los síntomas y altera la calidad de vida, el descanso, la salud mental, la esfera sexual y el ámbito laboral, y se asocia a ansiedad, miedo a los escapes, depresión, trastornos del sueño y riesgo de caídas y fracturas. Pese a esta carga, sigue mal identificada y tratada: apenas el 7,3% de los pacientes recibe tratamiento farmacológico en España y el 49,8% no sigue adecuadamente la pauta.

En ese contexto surgió ClaVHes (Consenso sobre la Mejora del Proceso Asistencial en la Vejiga Hiperactiva desde la Adherencia), impulsado por Pierre Fabre junto al Grupo OAT. El proyecto quiere "establecer un consenso riguroso que optimice el proceso asistencial, priorizando la adherencia como factor clave", además de mejorar los flujos asistenciales y reducir el abandono terapéutico.

IMPACTO COTIDIANO

Aportando la perspectiva del paciente, Àngels Roca, presidenta de la Asociación Incontinencia (ASIA), resume el impacto cotidiano de la vejiga hiperactiva con una frase: "Tu vida pasa a depender de un lavabo... y muchas veces de un pañal. Vives con la sensación de tener que ir al baño, con escapes y miedo. Eso lo condiciona todo: vida social, trabajo, descanso...". También, asegura que "te sientes solo".

En este sentido, Roca insiste en que gran parte del problema está en la falta de acompañamiento. "Si no te explican bien qué puedes esperar, si no mejoras o si te sientes solo, lo acabas dejando. No es falta de voluntad", afirma. Por eso con-



sidera "clave contar con una enfermera especializada en continencia" desde Atención Primaria (AP), para orientar desde el inicio. "El paciente tiene que saber de su patología", porque eso "hace que tenga más adherencia".

Desde la práctica clínica, Higinio Flores, de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), coincide en que el abandono responde a "una mezcla de factores". Entre ellos, cita que muchos pacientes sienten que el tratamiento no funciona "como esperaban", que aparecen efectos secundarios y que existen "expectativas

menos efectos secundarios puede mejorar la adherencia al tratamiento. También defiende "hacer un seguimiento temprano" y reforzar la educación

sanitaria. A su juicio, cuando varios profesionales atienden al mismo paciente y no existe coordinación, la atención es "un poco desordenada". De ahí que "trabajar en equipo" pueda "marcar la diferencia".

ATENCIÓN COORDINADA

Ese enfoque compartido implica, según Flores, que colaboren AP, urólogos, ginecólogos, fisioterapeutas y farmacia. "Así es más fácil detectar el problema y ajustar el tratamiento, según las necesidades de cada paciente", explica. Además, esta coordinación "ayuda al seguimiento continuo, evita pruebas innece-

es idónea para la identificación precoz". Para reforzarla, propone "impulsar herramientas de cribado sistemático y proactivo, integrar alertas clínicas en la historia electrónica, desarrollar protocolos homogéneos y garantizar tiempo suficiente para la atención longitudinal". También subraya que "la adherencia terapéutica requiere un abordaje multifactorial", con simplificación de regímenes, revisión periódica del plan farmacológico y educación sanitaria personalizada.

Quevedo añade que la coordinación entre niveles "debe basarse en circuitos asistenciales compartidos, reuniones clínicas periódicas y una interoperabilidad real de la historia clínica". La consultoría telemática entre profesionales, señala, mejora la resolución de dudas y evita derivaciones innecesarias, mientras que los materiales comunes para pacientes ayudan a mantener mensajes coherentes durante todo el recorrido asistencial.

La administración, por su parte, tiene que convertir ese consenso en organización real. Raquel Mesa, por parte de la Consejería de Sanidad de Canarias, afirma que "las CCAA tienen un papel clave, porque son quienes pueden traducir el consenso en una organización real del proceso asistencial". Eso pasa por "impulsar protocolos comunes entre Atención Primaria y Hospitalaria, reducir la variabilidad clínica, reforzar la coordinación entre niveles y favorecer circuitos más claros, ágiles y homogéneos para el paciente". Su objetivo, resume, es "convertir un abordaje fragmentado en un modelo más integrado, centrado en el paciente y orientado a resultados".

Desde Pierre Fabre, Álvaro Roca enmarca la iniciativa en un contexto de "infradiagnóstico" en el que "muchos pacientes conviven con los síntomas en silencio por tabú, vergüenza o por la normalización de la sintomatología". Además, observa "una gran variabilidad en la práctica clínica entre CCAA, centros e incluso entre profesionales". Por eso insiste en que "la adherencia no se resuelve solo con un buen medicamento, sino con un entorno asistencial adecuado". Y ahí sitúa el sentido de ClaVHes: "Construir juntos un modelo de atención que favorezca la adherencia y ponga a la persona en el centro".



Raquel Mesa
Consejería de Sanidad de las Islas Canarias



Julia Quevedo
Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)



Àngels Roca
Presidenta de la Asociación Incontinencia (ASIA)



Higinio Flores
Vicepresidente primero de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)



Álvaro Roca
Director de Market Access & Public Affairs en Pierre Fabre España

poco realistas", polimedicación o desconocimiento de que se trata de una enfermedad crónica "que requiere constancia". A eso se añaden "la falta de seguimiento continuado o una atención poco coordinada".

Para evitarlo, Flores cree que desde el principio hay que "explicar qué se puede esperar del tratamiento, cuánto tiempo puede tardar en hacer efecto y qué posibles efectos secundarios pueden aparecer". En esta línea, priorizar los fármacos con

sarías y permite llevar un mejor control de la evolución". En los casos complejos o refractarios, añade, "es el urólogo o el ginecólogo el profesional que debe dar un paso al frente", con evaluación estructurada, toma de decisiones compartida e intervenciones no farmacológicas.

En esa reorganización del proceso, la AP ocupa un lugar decisivo. Julia Quevedo, presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), sostiene que "la AP



Análisis

El volumen del tumor y la importancia de lo que no se ve

Cuatro de la tarde, primavera, llueve en Berlín. En uno de los salones de actos del Charité de Berlín, uno de los hospitales más punteros y reconocidos de Europa, el doctor Jens Vogel-Claussen, jefe de Radiología del hospital, proyecta una diapositiva en la pantalla. Es un caso real, es la radiografía de un tumor, un cáncer de pulmón el día en el que fue detectado. Tiene un diámetro de unos 5 milímetros. El doctor pasa la diapositiva y se ve la misma zona pero un año después. El tumor apenas ha crecido 1 milímetro. La clave, sin embargo, está en todo lo que no se ve.

Resulta que en esos 12 meses, en los que atendiendo a esa variación el tumor no se había desarrollado demasiado, sí lo había hecho. No obstante, lo decisivo era el volumen de la masa tumoral. En este periodo de tiempo su volumen había crecido exponencialmente complicando su abordaje y, por ende, la supervivencia del paciente.

Esta lección sirve como ejemplo perfecto para poner sobre la mesa la importancia de invertir en lo que no se ve. Para el sector salud esto es un hecho que marcará la diferencia. Nuestro sistema sanitario sufre estrés, no está preparado para el aumento de la cronicidad y, además, está pensado para responder y no para prevenir. Tenemos el cóctel perfecto.



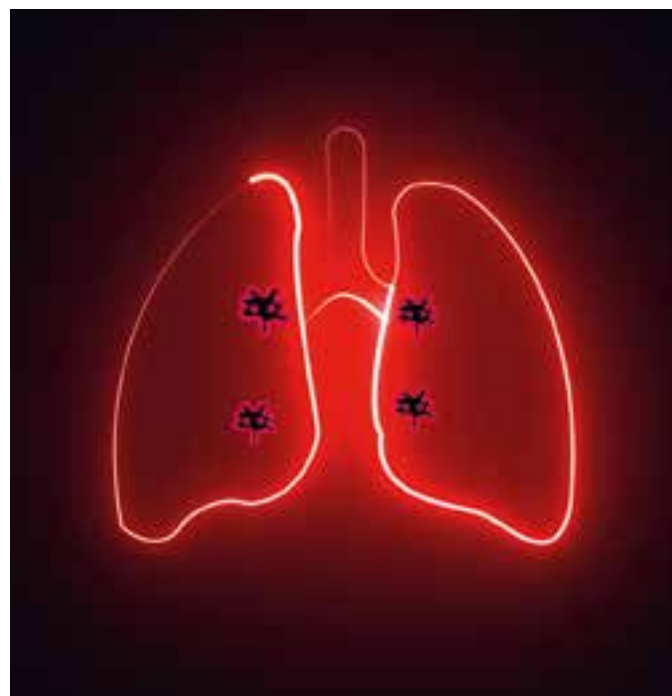
Enrique Delgado Sanz

Director de Gaceta Médica

"Si obviamos el daño que genera un mal hábito, le ponemos la alfombra roja a la enfermedad"

Por todo ello, hay que encender las luces largas y eso pasa por la prevención. Es difícil 'vender' a los gobernantes que deben dedicar recursos públicos a algo cuyos resultados no se ven inmediatamente y, en la mayoría de los casos, tampoco en los cuatro años que comprende una legislatura. Estamos en una era de luces cortas y consumo rápido, dos axiomas que en salud no funcionan bien.

Aquellos fármacos innovadores capaces de cambiar la vida de la gente no son cuestión de un día, sino de años y años de investigación y de financiación.



Las políticas preventivas funcionan parecido y, además, tienen la ventaja de que devuelven la inversión que han precisado multiplicada.

El mismo día que el doctor Vogel-Claussen se encontraba dando la charla, los principales periódicos alemanes recogían entre sus titulares la puesta en marcha del programa nacional de cribados de cáncer de pulmón en el país. Es evidente que supone un esfuerzo económico para los presupuestos, pero como con cualquier otro programa de cribados como los que ya están plenamente

asentados, el retorno es inmenso. Tanto a nivel humano, con las vidas que se pueden salvar; como en la esfera puramente económica, donde alivia costes y presión al sistema sanitario del futuro.

En España, en este caso, vamos a la zaga. Es cierto que tenemos experiencias piloto en esta línea —proyecto Cassandra—, pero todavía no podemos presumir de haber implementado de forma generalizada un sólido programa de cribado de cáncer de pulmón. Deberíamos preguntarnos por qué. La evidencia científica está sobre la

mesa. La medicina hace tiempo que aprendió a adelantarse; la decisión, sin embargo, no llega.

Las políticas antitabaco que se han ido implementando es posible que tengan un buen efecto en el futuro, pero llegan tarde para mucha gente. Entre los oncólogos es habitual escuchar conversaciones acerca de la 'epidemia' de cáncer de pulmón que actualmente desborda entre las mujeres y que sigue la estela de los tumores detectados en hombres años atrás.

La causa, en la mayoría de los casos, no es otra que el tabaco. Fomentar hábitos saludables es mucho más barato que intervenir después, una vez que el daño está hecho. Además, es una declaración de intenciones: si obviamos el daño que genera un hábito cuando sabemos que es pernicioso, estamos poniendo la alfombra roja a la enfermedad. En este caso, el doctor Vogel-Claussen insistió en una fórmula que, por obvia, no deja de ser infalible para intentar reducir estos casos oncológicos: a más impuestos sobre el tabaco, menos tumores.

Como en aquel tumor proyectado en un aula del Charité de Berlín, el problema no es lo que vemos, sino lo que crece mientras miramos hacia otro lado. La diferencia es que aquí no hablamos de milímetros, sino de decisiones, vidas y del futuro de nuestro sistema sanitario.

IA BiC 2026

Impulsamos la innovación en IA sanitaria

I Edición Premios IA BiC 2026

21 de mayo. Sede de AMA

Convoca:



GACETA MÉDICA



Universidad Rey Juan Carlos

Con el apoyo de:



Colabora:

