



## **Elena Andradás:** "En 2024, Madrid incorporará la vacunación frente al rotavirus"

Gaceta Médica entrevista a la directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

# Opinión

## La digitalización de ensayos clínicos en España: un camino de innovación y cambios

### A CORAZÓN ABIERTO



**Cristina Guerra Laurie**

Country Manager  
de TransPerfect  
Trial Interactive

La constante evolución en la industria de la medicina y la investigación clínica ha llevado a la adopción entusiasta de las plataformas de archivos electrónicos maestros de ensayos clínicos (eTMF) en España. Estas herramientas, diseñadas para gestionar la documentación asociada a investigaciones clínicas, han demostrado ser cruciales para optimizar procesos y mejorar la eficiencia en la gestión de ensayos clínicos y estudios médicos.

Las plataformas eTMF han revolucionado la forma en que se manejan los documentos en la investigación clínica en España. La posibilidad de acceder a la documentación en tiempo real y realizar búsquedas avanzadas ha permitido un flujo de trabajo más eficiente, acortando tiempos de respuesta y simplificando los procesos de revisión y aprobación. Además, al eliminar las barreras geográficas se ha mejorado la colaboración entre los miembros del equipo de investigación, contribuyendo así a un avance más rápido en la investigación médica.

#### El futuro de los eTMF

La innovación asociada a las plataformas eTMF ha sido clave en la gestión de documentos y datos en la investigación clínica en España. Tradicionalmente dependientes del papel, los ensayos clínicos ahora se benefician de la agilidad y precisión que ofrecen estas soluciones electrónicas.

La industria en España se enfrenta a retos significativos para seguir innovando. La adaptación constante a cambios en regulaciones y gestión de documentos relacionados es un desafío continuo. La seguridad y protección de datos también son aspectos críticos por abordar.

#### IA aplicada

La incorporación de inteligencia artificial (IA) y la automatización en la gestión del TMF presentan oportunidades emocionantes para mejorar la eficiencia y precisión de estos procesos. Sin embargo, el desafío radica en la selección e implementación de algoritmos confiables y éticos que cumplan con los estándares y que sean 21 CFR Part 11 Compliant. Algunas compañías ya utilizan esta tecnología en las labores de codificación que facilitan la categorización y los tipos de los archivos.

En conclusión, las plataformas eTMF y otros módulos digitales han transformado la investigación clínica en España, proporcionando eficiencia, seguridad y colaboración mejoradas. Sin embargo, los desafíos actuales y futuros requieren un enfoque proactivo y colaborativo para garantizar la continua innovación y mejora en la gestión de documentos en la industria de la salud.



**Los datos deben actuar como palanca para impulsar el talento femenino para no perder el talento de la mitad de la población**



## Impulsar el talento de más de la mitad de la población

### EDITORIAL

El 11 de febrero se celebra el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia. Y también, aunque es menos conocido, se conmemora el Día internacional de la Mujer Médica. Unos días antes de esta efeméride, desde la iniciativa Mujeres de la Sanidad se reunía a representantes de la Federación de Asociaciones Médico Científicas (FACME), la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES), para abordar la brecha de género en el sector sanitario.

Los datos reflejan de manera fidedigna esta brecha. La iniciativa WOMEDS, impulsada por FACME, pone de manifiesto como en la asistencia sanitaria, la investigación y la universidad, el porcentaje de profesionales que trabajan en estos ámbitos es mayor, pero este porcentaje disminuye según se asciende en categorías de responsabilidad. Estos datos, son los que las participantes creen que deben usarse para visibilizar el problema y analizar cuál debe ser la senda para revertir la situación.

De hecho, en este encuentro, Pilar Garrido, expresidenta de FACME y una de las impulsoras de WOMEDS explicaba que este proyecto nació con el objetivo de convertirse en observatorio y evaluar los datos periódicamente para monitorizar cómo avanza la situación. También la SER ha creado un Observatorio de igualdad para trabajar, además del ámbito profesional, en el manejo de las enfermedades que tienen una mayor prevalencia en las mujeres. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER, indicó que los datos del mismo reflejan que se ha revertido la tendencia y, actualmente, la proporción de mujeres es de un 59,7 por ciento, aunque la ocupación de puestos de responsabilidad en la actividad asistencial "es más lenta". Lo mismo sucede, como expuso Cristina Avendaño, vicepresidente de FACME, en las sociedades científicas, solo el 13,7 por ciento de los presidentes eran mujeres y el 26,9 por ciento, secretarías. "Sin embargo, las mujeres tienen un porcentaje bastante elevado como vicepresidentas y vicesecretarías", determinaba. Todos estos datos son necesarios porque, bajo el punto de vista de Iria Miguéns, directora del grupo MUEjeres de SEMES, el problema, a veces, "está difuminado".

Y es que, aunque en ocasiones se ha aludido a que el relevo generacional podría ayudar a solucionar el problema, las participantes compartieron la percepción de que entre los profesionales más jóvenes tampoco acaba de calar la inequidad en puestos de liderazgo. Por ello, los datos deben actuar como palanca para crear medidas que garanticen el impulso del talento femenino. No es un problema menor. Supone perder el talento de más de la mitad de la población.



# Un Interterritorial que marca el tono de la colaboración en la atención primaria

## CARTA DEL EDITOR



**Santiago de Quiroga**  
Editor de  
Gaceta Médica

**“La Atención Primaria, objeto de este demandado CISNS, es el gran desafío de la legislatura”**

La ministra de Sanidad, Mónica García, ha enfatizado la necesidad de compromiso por parte de las comunidades para ofrecer puestos de calidad en la formación de profesionales sanitarios, en su discurso previo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) centrado en la Atención Primaria.

García ha subrayado la importancia de dialogar y cogobernar con las comunidades, reconociendo que, aunque queda mucho por hacer, la Atención Primaria se encuentra en una fase de recuperación. El debate en el CISNS no solo abordará la escasez de profesionales, sino también cómo retener su talento, con el Ministerio apoyando iniciativas para reforzar la calidad del sistema y prevenir dicha fuga de talentos.

La ministra ha asegurado que no se comprometerán las condiciones laborales ni la calidad de formación de los profesionales. De esta forma, sale al paso de la polémica por la posible fragmentación de las pruebas MIR, como la propuesta de una parte del independentismo de un MIR catalán.

La atención primaria, objeto de este demandado CISNS, es el gran desafío de la legislatura, pero con la gestión de las CC.AA. la cogobernanza es la única posibilidad de incorporar mejoras impulsadas por Gobierno y CC.AA. El entorno político actual no es el más propicio, pero debería hacerse un esfuerzo por parte de ministerio y CC.AA. y dejar de lado las diferencias ideológicas para centrarse en las propuestas de mejoras de la sanidad, y en especial de la atención primaria.

Sindicatos médicos y sociedades científicas de atención primaria han insistido en la falta de médicos de familia, cuyas plazas MIR no se cubren. Ante esta necesidad es preciso, entre otras cosas, aligerar los procesos de homologación de títulos, que en algún caso se demora hasta más de 2 años, como informa GM. Las garantías oportunas de calidad deben ser compatibles con tiempos razonables que el ministerio de Universidades debe acometer, en el caso de los médicos de familia.

Además, se tratarán temas como la desburocratización y la mejora de la accesibilidad al sistema de salud. Sin duda la accesibilidad en el entorno rural es claramente un problema que aún está lejos de solucionarse. Entre otras cosas, porque son las zonas rurales de la España vaciada las que no consiguen atraer médicos de familia que puedan reforzar el primer nivel asistencial.

Este CISNS va a mostrar si es posible recorrer un camino conjunto entre Gobierno y Comunidades, o si las posturas que prevalecen impiden la necesaria colaboración en materia sanitaria.

## EN IMÁGENES



### El Hospital La Princesa incorpora tecnología wifi para controlar en remoto el movimiento de los pacientes con párkinson

La Comunidad de Madrid ha incorporado, en el Hospital Universitario de La Princesa, una tecnología que permite controlar por wifi, en tiempo real, el movimiento en pacientes con enfermedad de Parkinson. El paciente se conecta por videollamada con el neurólogo, quien realiza los cambios necesarios, ajustando los parámetros del sistema para el control de algunos síntomas de la enfermedad. Este tratamiento quirúrgico implica la implantación de electrodos en ciertas áreas del cerebro y la aplicación de corriente eléctrica a través de ellos para modular la actividad neuronal.



### Las intervenciones con perros reducen el dolor y la ansiedad en niños ingresados en Cuidados Intensivos del Hospital 12 de Octubre

Las intervenciones asistidas con animales del Hospital reducen significativamente el dolor, el miedo y la ansiedad en niños ingresados en unidades de cuidados intensivos, según los resultados de una investigación realizada por el Hospital Universitario 12 de Octubre y la Cátedra Animales y Sociedad de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC). Este estudio ha sido llevado a cabo en el contexto del proyecto Huellas de Colores, puesto en marcha en 2019 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y de Reanimación del 12 de Octubre y que continúa en la actualidad.



La ministra de Sanidad, Mónica García.

**GACETA MÉDICA**

wecare-u.  
healthcare communication group

Publicación de:



wecare-u.

**Editor:** Santiago de Quiroga

**Redacción:** Sandra Pulido (Redactora Jefe), Nieves Sebastián (Jefa de Sección), Cristina Armunia (Jefa de Sección de Política Sanitaria), Mónica Gail (Jefa de Sección de Política Farmacéutica), Fernando Ruiz, Vera de Benito, Ana Sánchez, Lucía de Mingo, Iuri Pereira y Andrea Rivero.

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

**Jefe de Public Affairs:** Alba González  
**Comunicación:** Marta Pérez

**Áreas:**

**MARKETING Y COMERCIAL:** Paloma García del Moral, directora ejecutiva  
**ECONÓMICO-FINANCIERA:** Cristina Fernández, *Business Controller*  
**PUBLIC AFFAIRS Y RRII:** Sofía Salazar, *directora asociada*

**Consejo de Administración:**

Santiago de Quiroga (Presidente y Consejero Delegado), Vicente Díaz Sagredo y Carlos Giménez Crouseilles (Secretario no consejero)

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

Distribución gratuita

Depósito legal:  
M-18625-2012  
ISSN: 2255-4181

Imprime: Rotomadrid  
SVP-382-R-CM

Todos los derechos reservados

# Política

## La ley para crear la Agencia Estatal de SP: reserva sanitaria y enfoque 'One Health'

El organismo se crea para "corregir errores estructurales" y para responder "a nuevos retos emergentes"

**CRISTINA ARMUNIA BERGES**

Madrid

Crear una reserva sanitaria estratégica, implantar el enfoque 'One Health' o corregir "errores estructurales" para dar una mejor respuesta a los retos en salud. Estas son algunas de las labores que pretende acometer la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP) una vez que se ponga en marcha. Gaceta Médica ha tenido acceso al texto del Proyecto de Ley por el que se crea el organismo, que acaba de ser registrado en el Congreso y está listo para empezar su tramitación en la Cámara Baja. La agencia, que se quedó en el limbo en la legislatura pasada, es uno de los grandes objetivos para el Ministerio, según ha reconocido en diversas ocasiones Mónica García, desde que fue nombrada titular de la cartera de Sanidad.

En la exposición de motivos de la norma, puede leerse que "la irrupción a principios de 2020 de la pandemia de COVID-19" puso de manifiesto, por un lado, "la fortaleza del sistema público de salud de España", pero también evidenció "los retos y dificultades a los que se enfrenta a la hora de abordar situaciones de crisis que requieren anticipación, una respuesta rápida y coordinada". La parte introductoria también pone de relieve la necesidad de "corregir problemas estructurales que ya existían y de responder a nuevos retos emergentes en salud, ya sean demográficos, sociales, tecnológicos, ambientales o económicos".

En su artículo 2, la ley precisa que el objetivo de la AESAP es "reforzar las capacidades del Estado para mejorar la salud de la población, la equidad en salud y su bienestar y proteger a la población frente a riesgos y amenazas sanitarias".

Para ello, continúa el artículo 2, "en coordinación con las comunidades autónomas y otras administraciones públicas, con los diferentes actores y disciplinas y con la sociedad civil, realizará un abordaje holístico y transdisciplinar de los problemas de la salud y sus determinantes".



Entre las competencias que se enumeran, se encuentran la vigilancia y evaluación del estado de salud de la población y sus determinantes; la información y comunicación pública de la salud de la población y los riesgos que la puedan afectar; la coordinación de actividades de preparación y respuesta ante una emergencia sanitaria, "en línea con la Estrategia de Seguridad Nacional"; el refuerzo de la coordinación de los servicios de salud pública y los servicios asistenciales de las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla; y el refuerzo de las capacidades para el ejercicio de las actuaciones de salud pública de las administraciones públicas y la sociedad civil, con especial atención a los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud.

### RESERVA ESTRATÉGICA

"Entre las actividades de preparación, se incluye el desarrollo de una reserva estratégica sanitaria en el marco de lo establecido en la Ley 36/2015", apunta el texto en su exposición de motivos y añade que la reserva se hará desde "una aproximación multidisciplinar e interdepartamental"

que se basará en la estimación de necesidades a partir de escenarios de riesgo y "en coordinación con el resto de organismos nacionales e instrumentos con competencias para la identificación y determinación de los lugares críticos de producción, almacenamiento, distribución y logística". En particular, el documento apunta en este apartado al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

El objetivo de la creación de la reserva es contribuir a reducir "las dependencias en el ecosistema industrial sanitario". Esta actividad, según el texto, se debe coordinar con diferentes autoridades de la Comisión Europea que están implicadas como la Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA) o la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (SANTE).

### ENFOQUE 'ONE HEALTH'

Sobre el enfoque 'One Health', el texto señala que la AESAP promoverá equipos multidisciplinares que trabajen con una visión holística y transdisciplinar y cooperará con la sociedad civil

y las administraciones públicas, en particular, con las competencias en salud animal, salud vegetal, protección ambiental y seguridad alimentaria".

A nivel internacional, la ley prevé que la agencia sea "el punto de enlace con los centros e instituciones de la UE y otras instituciones multilaterales internacionales que tengan actividad en sus áreas de competencias". La AESAP debe "promover el liderazgo de España a nivel internacional" participando en iniciativas de detección, vigilancia y evaluación de riesgos para la salud, indica el texto.

Saber comunicar el trabajo que se hace desde Salud Pública es otra de las tareas pendientes que, según los participantes en el VII Foro de Salud Pública, quedan por mejorar en España. En referencia a esto, también en la exposición de motivos de la norma se incide en que, ante amenazas sanitarias, "se requiere el desarrollo de capacidades básicas para lograr una comunicación de riesgos ágil, accesible y de calidad, con el fin de prevenir la propagación de enfermedades y otros peligros". Para ello, la agencia diseñará una estrategia comunicativa que dé respuesta a las demandas o ne-

cesidades de información de la ciudadanía, siempre en base a la evidencia científica.

De cara a lograr atraer y retener el talento en salud pública, el texto también propone que la AESAP promueva iniciativas con las comunidades autónomas, administraciones públicas, instituciones académicas y de formación, y con las organizaciones científicas y profesionales para "desarrollar una fuerza profesional en salud pública" altamente cualificada.

En materia de sanidad ambiental, la AESAP "realizará la evaluación del riesgo para la salud humana de los biocidas y los fitosanitarios".

De entrar en vigor esta ley, y según la disposición final primera del texto, el Gobierno aprobará "en el plazo de seis meses", a través de real decreto, el Estatuto de la Agencia Estatal de Salud Pública, "a propuesta conjunta de las personas titulares del Ministerio de Hacienda, del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública y del Ministerio de Sanidad". En dicho decreto, "se determinarán los órganos, centros y servicios de la Administración General del Estado que quedarán integrados en ella, con las modificaciones que sean precisas".



# Canarias apoya una PNL para cerrar la brecha de género en las áreas STEM

La iniciativa socialista ha sido aprobada por una amplia mayoría del Parlamento regional, sin apoyo de Vox

**MÓNICA GAIL**  
Madrid

Con motivo del Día de la Mujer y la Niña en la Ciencia, el Grupo Parlamentario Socialista defendió en el Parlamento de Canarias una Proposición No de Ley (PNL) acerca de la importancia de la visibilización de las mujeres en la Ciencia y el fomento de la participación de las niñas y las jóvenes en las áreas STEM. Fue aprobada por amplia mayoría: 55 votos a favor y 4 votos en contra. Así, todos los grupos de la Cámara respaldaron la iniciativa, con excepción de Vox, cuya enmienda presentada fue rechazada.

## ACABAR CON LA BRECHA DE GÉNERO

En defensa de la PNL, la diputada socialista Alicia Pérez reivindicó el papel de las mujeres y niñas en la Ciencia, apuntando a los diferentes objetivos que se persiguen con el Día Internacional: "eliminar los estereotipos de género en la ciencia y la tecnología, fomentar vocaciones científicas y tecnológicas en las



niñas y adolescentes, visibilizar el trabajo de las científicas y tecnólogas y roles femeninos en el ámbito STEM; y promover prácticas que favorezcan la igualdad en el ámbito científico".

Pérez recalcó que la brecha de género en estos sectores "persisten desde hace años en todo el mundo". Y, en este sentido, señaló que las mujeres científicas no solo se enfrentan a retos de la propia investigación, sino que "además deben saltar numerosas barreras por el simple hecho de ser mujeres". A todo ello, añadió, se suma la "gran diferencia

que existe a la hora de conciliar la vida familiar y laboral que, si bien es generalizado, en el ámbito de la ciencia es aún mayor".

## RESPALDO MAYORITARIO DE LA CÁMARA

Desde el Grupo Parlamentario Popular aprobaron la propuesta, pues consideran "fundamental" dar visibilidad a la mujer en la Ciencia. "Se debe hacer atractiva la profesión a través del reconocimiento público y la mejora de los salarios de las investigadoras públicas", expresó la diputada popular María Isabel Saavedra.

El Grupo Mixto también mostró su apoyo "claro e inequívoco" a la propuesta socialista. "Cualquier medida que pretenda avanzar hacia una igualdad plena y que persiga romper los techos de cristal actuales tendrá siempre nuestro respaldo", aseveró el diputado Raúl Acosta.

Melodie Mendoza, del Grupo Parlamentario Agrupación Socialista Gomera (ASG), también anunció el voto a favor de su partido. "Queda mucho camino por recorrer para conseguir una igualdad real de las mujeres en este ámbito. Por eso, hay que desplegar políticas y programas que vayan encaminados a cerrar esa brecha de género", señaló.

Esther Monzón, de Nueva Canarias-Bloque Canarista, coincidió en que, "a pesar de la mejora de los datos en los últimos años, la brecha persiste". "Con ello, no solo pierden las mujeres; pierde la sociedad", destacó.

Finalmente, el Grupo Parlamentario Nacionalista Canario también mostró su compromiso con la ciencia, la innovación y las mujeres a través de la diputada

Cristina Calero. "El Día Internacional es un día para reivindicar el acceso y la participación plena en condiciones paritarias para las niñas y las mujeres, para reivindicar sus oportunidades y su derecho al estudio", apuntó.

## ENMIENDA FALLIDA

Por su parte, el Grupo Parlamentario Vox presentó una enmienda que, según el diputado Nicasio Jesús Galván, persigue "la libertad individual y la igualdad de oportunidades rechazando las cuotas de género y rechazando cualquier medida que implique la discriminación positiva".

Y Alicia Pérez justificó el rechazo a la enmienda de este modo: "No es que no queramos transaccionar esta enmienda, es que lo que propone agrava la brecha que existe entre los hombres y las mujeres", expuso. "Lo que llama victimización de la mujer, nosotros lo llamamos justicia para ellas", concluyó.

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**

# Las urgencias, el servicio mejor valorado, según el Barómetro Sanitario de 2023

**CRISTINA ARMUNIA BERGES**  
Madrid

Las urgencias son el servicio mejor valorado por parte de los ciudadanos, según los datos que se desprenden del Barómetro Sanitario de 2023, que publicó el Ministerio de Sanidad esta semana. En concreto, este servicio ha sido calificado con una nota de 7,42 sobre 10, seguido muy de cerca por el servicio de ingresos y asistencia, puntuado con un 7,23.

Por otro lado, según el mismo documento, la satisfacción general del funcionamiento del sistema sanitario público se mantiene con un 6,27. Dicha valoración, destaca el Ministerio,

parece haberse estabilizado tras el gran descenso registrado en 2022 (6,26) con respecto a la situación previa a la pandemia. En el año 2019, el nivel de satisfacción alcanzaba un 6,74.

También, en cuanto al funcionamiento del sistema sanitario, el 56,7 por ciento de la población opina que, en general, funciona bastante bien o bien, aunque son necesarios cambios.

## LISTAS DE ESPERA

Uno de los desafíos que se ha marcado el Ministerio de Mónica García es acabar con las listas de espera. En este sentido, y según el barómetro, el 43,5 por ciento de los ciudadanos piensa que dicho problema

"sigue igual", mientras que un 33,9 por ciento considera que el problema "ha empeorado en los últimos 12 meses". Un 11,3 por ciento piensa que esta situación ha mejorado.

Sobre Atención Primaria, las medidas que más importan a los ciudadanos son mantener el mismo médico de familia de forma estable, aumentar las plantillas de personal sanitario, dedicar más recursos económicos, aumentar el tiempo de consultas o mejorar las instalaciones y los medios tecnológicos.

## ATENCIÓN RECIBIDA

El barómetro diferencia entre población general y las personas que han utilizado el Sistema Na-



cional de Salud en los 12 meses previos. En general, "el barómetro muestra una buena opinión sobre la atención recibida", incidía la nota de prensa distribuida por el Ministerio. Los datos respaldan dicha afirmación, puesto que un 81,4 por ciento de las personas que utilizaron los servicios de Atención Primaria indicaron estar satisfechas con la atención recibida, un ligero aumento con respecto a 2022, cuando se registró un 79,7 por ciento.

En cuanto a la atención especializada ambulatoria, un 82,8 por ciento valora de manera positiva la atención recibida y un 89,6 por ciento lo hace también con respecto a la atención hospitalaria. Finalmente, el 75,2 por ciento de las personas que usaron los servicios de urgencias públicas valoraron de manera positiva la atención recibida.

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**

ELENA ANDRADAS, directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

# “Somos la primera región en implementar una iniciativa frente al fenómeno del chemsex”

V.D.B.O / C.A.B  
Madrid

La vacuna como elemento primordial y fundamental en la prevención de enfermedades ha sido uno de los puntos principales en la entrevista que la directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Elena Andradas, ha concedido a Gaceta Médica; un encuentro en el que la responsable madrileña ha comentado los principales proyectos para este año 2024 y ha compartido sus impresiones sobre coberturas de vacunación y las novedades en este ámbito, entre otros temas.

**Pregunta. ¿Cuáles son los principales proyectos de la Comunidad de Madrid en materia de salud pública a corto y medio plazo?**

Respuesta. La incidencia de infecciones de transmisión sexual está creciendo, de manera que nosotros nos centramos en, por ejemplo, diseñar el programa de actuación para la prevención y control de infecciones de transmisión sexual.

Además, observamos que, en determinados grupos de población, hay un uso sexualizado del consumo de drogas y en ese sentido, trabajamos con la sociedad científica, los profesionales sanitarios y organizaciones no gubernamentales para consensuar una iniciativa y dar una respuesta coordinada al fenómeno de chemsex en la Comunidad de Madrid. Somos la primera comunidad en diseñar esta iniciativa e implementarla.

Seguimos trabajando en la prevención de factores que están determinando la mayor parte de las enfermedades crónicas: alimentación, actividad física, prevención del consumo de tabaco y bienestar emocional. También trabajamos en diseñar un programa de promoción de la salud mental infante-juvenil. Vamos a poner iniciativas teniendo en cuenta diversos ámbitos, como el escolar y el familiar, y también, en 2024, vamos a implementar el programa de prevención de trastornos de comportamiento alimentario.

Por último, continuamos trabajando con las corporaciones locales en un Programa de Prevención y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.



**La campaña de la gripe ha tenido una aceptación buena, alcanzado una cobertura del 69 por ciento en mayores de 65 años”**

**P. Recientemente, la Comisión de Salud Pública ha aprobado la recomendación de vacunación frente al rotavirus antes de finales de 2025, ¿podría adelantarnos los planes de la Comunidad de Madrid en este sentido?**

R. En la Comunidad de Madrid estamos muy pendientes de posibles innovaciones, de manera que ya teníamos previsto en nuestro presupuesto la posible incorporación de la vacuna frente al rotavirus en esta actualización del calendario de vacunación en este año 2024, y es lo que vamos a hacer: incorporaremos la vacunación de rotavirus, e incluiremos una mejora en la protección a los menores frente al neumococo.

Este año 2024 ya tenemos innovaciones en cuanto a vacunas que pueden proteger de más serotipos de neumococo a los niños.

**P. En relación con la sobrecarga sanitaria que hemos vivido en las últimas semanas como consecuencia del incremento**

**de infecciones respiratorias, ¿cómo cree que podría evitarse que esta situación se repita año tras año?**

R. Pensar que vamos a ser capaces de eliminar la circulación de la gripe o del virus respiratorio sincitial (VRS) está un poco lejos de la realidad. Son virus respiratorios que tienen un carácter estacional. En el caso de la COVID, hemos pasado de una situación pandémica a una endémica: tenemos una incidencia de nuevos casos de enfermedad razonablemente estable, con pequeños picos, pero no tiene un carácter estacional.

Nuestro trabajo es observar lo que sucede en el hemisferio sur cuando en nuestro hemisferio, el norte, estamos en verano. Controlamos cómo se produce la distribución de esos virus en el hemisferio sur, de manera que incorporamos esas cepas que están circulando en vacunas que luego utilizamos en el hemisferio norte. Los virus respiratorios están aquí y van a seguir circulando, de manera que lo que tenemos que hacer es prepararnos muy bien con unas adecuadas campañas de vacunación o inmunización como hemos hecho este año.

**P. ¿Cómo valora la receptividad de los madrileños respecto de las coberturas de inmunización frente a gripe, covid y VRS?**

R. Hemos tenido una respuesta razonablemente buena de la población en la campaña de vacunación de este año. Lo que hemos hecho ha sido, a partir del 1 de octubre, comenzar con

la campaña de inmunización frente a VRS, alcanzando una cobertura en recién nacidos de un 96 por ciento. A partir del 23 de octubre empezamos con la campaña de inmunización simultánea tanto de gripe como frente a la COVID-19. A pesar de que la COVID-19 no se transmite de forma estacional, es conveniente administrarla de forma conjunta para aumentar la aceptabilidad de la población.

La campaña de la gripe ha tenido una aceptación buena, alcanzado una cobertura del 69 por ciento en mayores de 65 años, que es muy similar a la del año pasado y desde luego muy superior a las coberturas de vacunación de gripe que teníamos en las etapas de prepandemia. En el caso de inmunización frente al VRS en lactantes, la cobertura ha sido altísima, del 96 por ciento.

**P. ¿Qué ha supuesto para la región la puesta en marcha de la inmunización frente al VRS en lactantes?**

R. En la Comunidad de Madrid estamos comprobando todavía la campaña de inmunización frente a VRS que se mantiene hasta el día 31 de marzo. El impacto que estamos observando de la inmunización frente a virus respiratorios es importantísimo según hemos estado comprobando, aunque haremos la evaluación definitiva una vez que termine la campaña.

Estamos observando cómo se reduce en un 50 por ciento el número de casos de bronquiolitis en los niños a los que estamos inmunizando y en un 70 por ciento los ingresos hospitalarios.

**P. ¿Considera probable que en España puedan aprobarse recomendaciones de vacunación en adultos como ya están valorando otros países europeos?**

R. Evidentemente. Estamos muy atentos a todas las innovaciones que se pueden producir en el mundo en cuanto a vacunas, de manera que estamos pendientes a toda la evidencia científica que se va produciendo, y teniendo en cuenta los momentos en los que esa nueva vacuna puede ser autorizada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), nos ponemos rápidamente a evaluar técnicamente las ventajas, seguridad

y eficacia que puede aportar la incorporación de una innovación así.

Lo hacemos internamente dentro de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, con nuestros técnicos, pero también promovemos que estas evaluaciones técnicas se realicen en el marco de la Comisión de Salud Pública a través del programa de vacunas, ya que creo realmente en la importancia de la cohesión cuando incorporas innovaciones al calendario de vacunación.

**P. ¿Cómo de importante es esa cohesión?**

El tener un mensaje único respecto al beneficio que aporta una vacuna genera confianza y además nos facilita que tengamos una mejor aceptación y mejores coberturas.

En pocos meses tendremos la información suficiente como para poder tomar una decisión certera de potenciales incorporaciones.

**P. Respecto de la aceptación de las vacunas, conocidas las diferencias en cuanto a coberturas de población adulta y la población infantil, ¿Madrid prevé la adopción de medidas de mejora que ayuden a la reducción de estas diferencias?**

R. Madrid prevé la adopción de medidas que mejoren a la reducción de esta diferencia en coberturas vacunales. Tenemos que trabajar en programas de vacunación a lo largo de la vida: no solamente hay vacunas buenas que protegen a de enfermedades a nivel de la infancia, sino a lo largo de toda la vida.

Trabajamos muy directamente con los profesionales sanitarios; cada vez que vamos a incorporar un nuevo programa de vacunación en edades no infantiles, hacemos un esfuerzo muy importante de formación específica para todos los profesionales sanitarios.

Una vez que comenzamos a implementar ese programa de vacunación, estamos intentando captar de forma activa a las personas que no acuden a los centros de salud: contactamos con ellos mandándoles SMS y esto, por ejemplo, en la campaña de vacunación de gripe, nos ha funcionado.

**NOTICIA COMPLETA EN  
GACETAMEDICA.COM**



NURIA GAYÁN, directora general de Salud Pública de Aragón

# Sobre la Agencia Estatal de Salud Pública: "Zaragoza tiene ya una gran actividad en el sector"

CRISTINA ARMUNIA BERGES

Madrid

Zaragoza quiere ser la sede de la futura Agencia Estatal de Salud Pública y, para lograrlo, llevan meses preparándose. Así lo explicó Nuria Gayán, directora de Salud Pública de Aragón, que desconoce si, de manera formal, hay alguna otra ciudad interesada en albergar la agencia. "Cuando se anunció el borrador del primer proyecto de ley, hace casi un año, aparecieron informaciones sobre las posibles candidaturas de León y Granada. Sin embargo, de momento, no ha habido ningún pronunciamiento que conozcamos", reconoció. Gayán también hizo un repaso de otros temas de actualidad como la actualización del Calendario Común de Vacunación para Toda la Vida y el éxito que ha supuesto la inmunización contra el virus respiratorio sincitial (VRS) entre los bebés aragoneses.

**Pregunta.** El 23 de enero, se reunió el equipo de trabajo que prepara la candidatura de Zaragoza para la Agencia Estatal de Salud Pública. ¿Qué se ha abordado en esta nueva reunión?

Respuesta. La candidatura cuenta con dos grupos. Uno más reducido es el grupo impulsor de la candidatura, que realiza un trabajo quizá un poco más intenso técnico, y que es el que se reunió el 29 de diciembre; y un grupo institucional, que acaba de reunirse. En ambos se realizan los trabajos para preparar esa candidatura y el contenido de las reuniones ha consistido en explicar cuál es la documentación y el proceso, así como preparar esos documentos que tenemos que ir trabajando, en los que tenemos que introducir mucha información. Por un lado, nuestras fortalezas, cómo nuestro ecosistema en Zaragoza contiene ya una gran actividad en este sector, con las dos universidades y los equipos de investigación; y por otro, demostrar que tenemos nuestras capacidades y fortalezas.

**P. ¿Se conocen más detalles sobre los plazos de la agencia?**

R. Con respecto a los plazos, es el Estado el que tiene que convocar en el BOE el proceso de inicio para la presentación de candidaturas y todavía no lo



**Las funciones de la nueva agencia son, sobre todo, de coordinación y vigilancia"**

ha convocado. Pero sabemos que cuando convoca un proceso de este tipo, con arreglo a un real decreto de 2022, los plazos son demasiado ajustados. Lo hemos visto en la candidatura para la Agencia Estatal de Inteligencia Artificial, que ha ido a A Coruña, y en la Agencia Espacial Española, que fue a Sevilla. En ambos casos han sido unos plazos extremadamente cortos, con solo un mes para presentar las candidaturas. Y, en menos de tres meses, el proceso estaba resuelto. Ante esa premura, con plazos tan cortos, creemos que una candidatura que se prepara cuando hay una convocatoria abierta ya llega muy tarde.

**P. ¿Se podría decir que su función va a ser más administrativa o investigadora?**

R. Las funciones de la agencia son fundamentalmente de coordinación. Tiene que tener unos fines generales y el principal es el de la vigilancia. La vigilancia del estado de salud, de los determinantes de la salud, problemas o amenazas, riesgos para la salud pública de alcance nacional. Por lo tanto, la coordinación en-

tre el Estado y las comunidades autónomas corresponde a esta agencia. Tiene también que reforzar las capacidades para hacer actuaciones de salud pública, es quien asesora y evalúa. También tiene competencias de reforzar la investigación, la innovación y coordinar todas las actividades de la preparación y respuesta ante una posible emergencia sanitaria, así como mejorar la comunicación al público o la información.

**P. ¿La pandemia ha acelerado el proceso?**

R. Después de la pandemia, se ha hecho una evaluación muy importante sobre cómo respondió el sistema nacional de salud a la situación. Es un documento muy importante de lectura obligatoria para cualquier profesional, que trabaje en salud en el ámbito público y privado. En ese documento hay una hoja de ruta donde se ve qué fortalezas y qué debilidades teníamos y qué crisis del sistema teníamos que corregir. Ahí aparece muy claro que los servicios de la salud pública estatales y autonómicos se tienen que reforzar y hay que hacer reformas para darles una mayor capacidad de respuesta ante una crisis, entre otros refuerzos que necesitan. Algunas comunidades autónomas ya han llevado a cabo algunas reformas, otras estamos en el proceso, pero la reforma de la salud pública en el ámbito estatal consiste en crear esta agencia, que puede soportar mejor el ejercicio de actuaciones que

hacemos con comunidades autónomas y el resto de las administraciones. Es muy interesante y por eso nos gustaría que pudiera estar en Zaragoza.

**P. ¿Y sobre su estructura?**

R. Es cierto que hay una parte de esta futura agencia, algunas de sus unidades, que quizá no es conveniente que se desconcentren a otra ciudad. Es cierto que debería haber algún núcleo que debería quedarse cercano al propio Ministerio o incluso a la ministra. En eso, como somos muy conscientes, nuestra candidatura está preparando una opción en la que alguna unidad pudiera quedarse donde se encuentra ahora, en el Instituto de Salud Carlos III o en el Ministerio, y el resto de las unidades sean las que se trasladen y se creen también unidades nuevas. Es una agencia que nace con voluntad de empezar con un tamaño y luego ir aumentando e ir pasando por sucesivas fases de crecimiento.

**P. En una entrevista con Gaceta Médica, el nuevo director general de Salud Pública, Pedro Gullón, aseguró que la agencia es una prioridad absoluta, pero que el siguiente paso tiene más que ver con su estructura que con saber cuál será su sede. ¿Qué opina sobre esto?**

R. Me parece bien. Existen dos maneras de convocar las candidaturas para la sede, se puede hacer antes o después de la ley de creación de la agencia. La ley de creación de la agencia ya tuvo un proyecto de ley que se presentó en el Congreso de los Diputados en la pasada legislatura, a finales de febrero, y ya no se pudo tramitar porque terminó la legislatura en el Estado [el actual Consejo de Ministros aprobó el proyecto de ley para la creación de la agencia después de realizarse esta entrevista]. Pero por lo que nos han ido comentando, desde Sanidad, se tiene mucho interés en que la agencia se cree, en impulsar este proyecto porque es una reforma muy necesaria y se está trabajando en revisar cuál sería su estructura y sus funciones, y en el diseño de la propia agencia. Ahora vamos a esperar porque se podría llegar a convocar esta candidatura antes de aprobar la ley, no tienen por qué esperar a que esté creada por ley.

**P. Además de Zaragoza, ¿saben si otras ciudades como Madrid o Valencia están interesadas en ser la sede de la Agencia?**

R. Según Real Decreto que establece las convocatorias para la desconcentración de sedes, no parece que Madrid pueda ser un candidato porque no habría tal desconcentración. Valencia se perfilaba, pero no tenemos información oficial. Es cierto que cuando se anunció este borrador del primer proyecto de ley, hace casi un año, apareció información sobre unas posibles candidatas que eran León y Granada. Sin embargo, de momento, no ha habido ningún pronunciamiento que conozcamos porque estamos trabajando para anticiparnos, de manera que cuando se convoque no nos apriete el tiempo.

**P. Recientemente se ha anunciado la actualización del Calendario Común de Vacunación para Toda la Vida. ¿Qué valoración hace?**

R. El calendario común para toda la vida siempre hay que actualizarlo conforme se toman decisiones nuevas, lo que no podemos hacer es tener un calendario que no refleje las nuevas introducciones de vacunas que se hacen. Siempre se valora positivamente la actualización de calendario vacunal. Vamos a aprobar la introducción de la vacuna de rotavirus, que hasta ahora no estaba financiada por el Ministerio.

**P. ¿Cómo avanza la inmunización contra el virus respiratorio sincitial (VRS) en la comunidad y que resultados en salud han podido observar ya?**

R. El resultado de esta inmunización con anticuerpo ha sido excelente. No solo en la respuesta de las familias, que han estado dispuestas a inmunizar a los bebés, sino también por el trabajo que se ha hecho desde las unidades de neonatología y desde los centros de salud para la captación activa de toda la población de neonatos ha sido un exitazo en Aragón y en otras comunidades autónomas. Aquí la vacunación está al completo. Podríamos decir que solo nos queda por vacunar a los bebés que están por nacer.

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**

# Profesión

## Financiación e inequidad, desafíos en el acceso a tratamientos oncológicos

En la VI Cumbre Española contra el Cáncer se debatió sobre avances en genómica y su impacto

**ANDREA RIVERO**  
Madrid

La VI Cumbre Española contra el Cáncer, organizada por el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (Gepac), contó con la participación de profesionales sanitarios, de la industria farmacéutica y de la política, así como representantes de pacientes para abordar el cáncer desde todas las perspectivas que lo incumben. En este sentido, este año el evento presentó el eslogan "Un compromiso de todos". Con el fin de buscar soluciones para los retos a los que se enfrentan los pacientes oncológicos y los profesionales que les tratan, Gepac puso el foco en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas en esta VI cumbre.

La inauguración del evento corrió a cargo de la consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute, quien destacó que "hay que prevenir para hablar más de salud y menos de enfermedad". Asimismo, aprovechó la ocasión para reclamar que se acelere la llegada a España de los nuevos tratamientos para enfermedades oncológicas. "No podemos aceptar la profunda inequidad que supone que un paciente español espere hasta 600 días para acceder a una terapia, frente a los 133 de países de nuestro entorno", señaló Matute.

### FACTORES PREVENIBLES

Entre los espacios de debate que se llevaron a cabo durante la jornada se abordaron de manera integral los desafíos relacionados con la prevención del cáncer. La mesa "Forjando estrategias: colaboración comunitaria en la prevención del cáncer" analizó todos estos aspectos, desde los principales factores que pueden condicionar la aparición de determinados tipos de cánceres hasta las necesidades de los pacientes respecto a información y apoyo.

"Nuestros estilos de vida impactan en la posible aparición de tumores, hablamos de fac-



Mesa "Hacia la equidad terapéutica: desafíos y oportunidades en el acceso a tratamientos oncológicos en España".

### Diseñar guías rápidas para aprobar fármacos oncológicos mitigaría la inequidad

tores de riesgo clásicos como el tabaco, el alcohol o la forma de alimentarnos. Modificando estos tres factores podríamos reducir la mortalidad por cáncer de manera importante", explicó Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública y director de la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. "Esto sería en un ámbito primario, en este sentido también tenemos algunas vacunas como la del virus del papiloma humano que, estadísticamente, está ligado al cáncer de cuello de útero, pero no solo a este sino a otros como el cán-

cer de vagina, etc.", añadió Gil de Miguel.

Por su parte, María Torrente Regidor, cardióloga y responsable de la consulta de cardiología CLARIFY de largos supervivientes oncológicos del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, señaló el impacto y la relación entre el cáncer y la patología cardíaca. "Los problemas cardiovasculares los asociamos como algo secundario a los tratamientos oncológicos, pero hemos visto que no es solo esto. Existe una prevención primaria a nivel de control de factores de riesgo cardiovascular, que están ahí desde el diagnóstico de la enfermedad oncológica", indicó Torrente. "Valoramos el riesgo cardiovascular del paciente, así como el riesgo de determinados tratamientos en el sistema cardiocirculatorio", apuntó

### ESTUDIO MOLECULAR

En la mesa "Explorando nuevos horizontes: genética y biomar-

cadores en el diagnóstico del cáncer" se reflexionó sobre la relevancia de las pruebas genéticas y biomarcadores para diagnosticar esta enfermedad, así como las cuestiones éticas, sociales y de implementación asociadas.

Álvaro Hidalgo, director del Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la UCLM y presidente de la Fundación Weber apuntó que para implementar estas pruebas "se debe tener en consideración en la parte económica, tanto la interpretación como el acceso al mercado, datos para los que anteriormente no existían procedimientos analizables. Existen variaciones específicas en la propia financiación de las comunidades e, incluso, en nuestros hospitales y en distintos biomarcadores. Se trata de una situación general con problemas de equidad importantes".

"La importancia de este tipo de pruebas se resume en una

frase 'hoy en día no se puede tratar bien a un paciente sin un estudio molecular'", añadió el jefe de Servicio de Oncología del Hospital Clínico San Carlos, Pedro Pérez Segura. "No se puede hablar simplemente de cáncer, porque de cada tipo de tumor tenemos muchos grupos moleculares. Los avances en investigación molecular han permitido que, paciente que hace unos años no vivían más de unos meses tras el diagnóstico, hoy en día vivan hasta cinco años libres de enfermedad", apuntó.

### ACELERAR EL ACCESO

A lo largo de la tercera mesa de debate "Hacia la equidad terapéutica: desafíos y oportunidades en el acceso a tratamientos oncológicos en España" los expertos que participaron coincidieron en la necesidad de disponer de herramientas que permitan acelerar la aprobación de medicamentos oncológicos.

El presidente de SEOM, César Rodríguez, señaló que "hay que llevar a cabo un análisis exhaustivo sobre dónde están los cuellos de botella que ralentizan este proceso". No obstante, destacó la importancia de determinar prioridades a la hora de aprobar medicamentos. "No toda la innovación terapéutica aporta valor. Hay fármacos que cubren una necesidad no cubierta, otros aportan mayor supervivencia global y otros añaden una indicación más. Aun así, se deberían establecer guías rápidas para la aprobación de medicamentos oncológicos de máxima prioridad", indicó

La ministra de Sanidad, Mónica García, fue la encargada de cerrar el acto y subrayó que "el cáncer representa un desafío que convoca a la participación activa de toda la sociedad. La ruta para combatir el cáncer está bastante bien delineada, sin embargo, todavía quedan retos que se deben tratar como la colaboración comunitaria, el potencial transformador de las pruebas genéticas y la búsqueda de equidad en el acceso a tratamientos oncológicos".



# La profesión médica pide un gran acuerdo nacional en torno a la Atención Primaria

Sociedades, sindicatos y colegios reclaman medidas a largo plazo para garantizar la "subsistencia" del SNS

**IURI PEREIRA**  
Madrid

El pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) más esperado, y demandado, por las comunidades autónomas y la profesión médica de Atención Primaria ya es una realidad. Fue el viernes 9 de febrero cuando el Ministerio de Sanidad y las consejerías abordaron, en una cumbre monográfica, la situación del primer nivel asistencial y sus profesionales. Días antes de la reunión, sociedades científicas, sindicatos y colegios escenificaron unidad y pidieron, en un comunicado conjunto, un gran acuerdo nacional para garantizar "la subsistencia" del sistema sanitario, así como incentivos para las plazas de difícil cobertura o la homologación "ágil y fiable" de títulos de médicos extranjeros.

La ministra de Sanidad, Mónica García, anunció el pasado diciembre la celebración de este pleno monográfico sobre Atención Primaria. Para el Foro de la Profesión Médica Española y el Foro de Médicos de Atención Primaria, la convocatoria fue "un signo del inequívoco reconocimiento de la grave situación que atraviesa este nivel asistencial por parte de las administraciones responsables". Así, las organizaciones que forman parte de ambos foros propusieron una



La ministra de Sanidad, Mónica García, durante una reunión del CISNS.

serie de medidas con "el objetivo final" de lograr un gran acuerdo colectivo en base a grandes consensos, al tiempo que pidieron abordar esta reunión con "una mirada a medio y largo plazo para no plantear medidas cortoplacistas".

En un comunicado, expusieron que este CISNS monográfico debía contemplar, entre sus objetivos "garantizar la competencia clínica de los profesionales que van a desempeñar su labor en Atención Primaria", especialmente en aquellas zonas que, por su localización geográfica o composición social, son más vulnerables. En este sentido, los foros rechazaron de forma unánime la contratación de médicos sin especialidad para trabajar en los centros de salud, como re-

cientemente adoptaron algunas comunidades ante la falta de facultativos en Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría. Los foros denunciaron que la medida implicaría "crear más desigualdad en salud", especialmente en áreas de difícil cobertura, unas zonas que son "precisamente las más necesitadas de una Atención Primaria potente".

## NUEVOS MODELOS DE CONTRATOS

Desde la profesión médica subrayaron que la solución a la actual crisis pasaría, entre otras medidas, por promover nuevos modelos de contratos, "no sólo para las generaciones más jóvenes, sino también para aquellos compañeros próximos a la jubilación que estarían interesados

en prolongar su ejercicio laboral, pero no en las mismas condiciones". Recientemente, el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, descartó alargar la edad de jubilación de forma voluntaria de los médicos hasta los 72 años, como reclamaban algunas CC. AA. para paliar el déficit de profesionales.

Además, las organizaciones de Atención Primaria señalaron que "resulta fundamental" reconocer con incentivos las plazas de difícil cobertura, con el objetivo de que haya más profesionales "debidamente formados" que estén interesados en cubrirlos. También reclamaron facilitar la conciliación familiar, "tanto en aquellos profesionales con menores a su cargo como en aquellos que deben cuidar de sus familiares más mayores".

## PROCESO DE HOMOLOGACIÓN

En otro orden de cosas, los foros instaron al Ministerio de Sanidad a que diseñe circuitos que garanticen el proceso de homologación de títulos de médicos extranjeros, "de forma ágil y fiable". Algunas comunidades han optado por agilizar el trámite para contratar a personal sanitario extracomunitario para combatir el déficit. Sin embargo, la profesión médica criticó en su comunicado conjunto que "la actual carencia de profesiona-

les no justifica facilitar homologaciones que no garanticen la igualdad de competencias con los profesionales formados en España".

Por otra parte, desde el Foro de la Profesión Médica Española y el Foro de Médicos de Atención Primaria reclamaron medidas que permitan disminuir la carga de burocracia, "que no aporta valor en la salud del paciente", y reconocer a aquellos profesionales de otras categorías específicamente formados para ejercer su labor en Atención Primaria, "así como entender que el control de la demanda debe llevarse a cabo con la implicación de todos los profesionales de la Atención Primaria". Así, consideraron que las propuestas deben de contemplar que se permita "que cada estamento profesional desarrolle su máximo potencial".

El Ministerio de Sanidad, por su parte, llevó al monográfico la creación de una Comisión de Atención Primaria dentro del CISNS para "la adopción de medidas conjuntas" en todo el territorio. Así lo había anunciado ya Mónica García durante la primera Comisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados, en la que subrayó que la Atención Primaria "es la columna vertebral de todo el sistema sanitario" y el "alma de nuestro modelo de salud".

Asimismo, se hicieron públicas también las relaciones provisionales de los resultados obtenidos, en las que los aspirantes pudieron ver su puntuación total individual y el número de orden en la convocatoria. La Dirección General de Ordenación Profesional concedió, a partir del 8 de febrero, un periodo de reclamaciones de cuatro días hábiles.

Los resultados definitivos se conocerán, aproximadamente, un mes después de la publicación de las relaciones provisionales. En adelante, la Dirección General de Ordenación Profesional tendrá otro mes para dictar el inicio del proceso de adjudicación de plaza.

# Las respuestas definitivas del examen MIR no anulan la polémica pregunta de AP

**IURI PEREIRA**  
Madrid

Tras el plazo de impugnaciones a las respuestas provisionales y una vez que las Comisiones Calificadoras analizaron toda la documentación, el Ministerio de Sanidad publicó el pasado martes la plantilla con las respuestas definitivas de los exámenes de Formación Sanitaria Especializada de 2024. En la prueba MIR se anularon cinco preguntas, una

de ellas de reserva, mientras que el examen EIR sumó tres nuevas anulaciones a las dos que ya figuraban en la plantilla provisional.

En lo relativo al examen MIR, teniendo en cuenta la versión 0 de la prueba, las preguntas impugnadas fueron las número 64, 68, 113 y 180; sustituidas por la 201, 202, 203 y 204 de reserva, respectivamente. Además, la pregunta 206 de reserva también fue anulada, aunque en este caso no afectó al resultado final.

Sin embargo, la polémica pregunta número 84 de la versión 0 de la prueba que, en opinión de las sociedades científicas de Atención Primaria (SEMERGEN y SEMG), "responsabiliza" a estos profesionales de los problemas del Sistema Nacional de Salud, finalmente no fue anulada, pese a que el propio Ministerio anunció que pediría su retirada a la Comisión Calificadora porque podía "ser vista como una falta de respeto". Sea como fuere, este

órgano independiente no estimó las reclamaciones.

En cuanto a las respuestas definitivas del examen EIR, la Comisión Calificadora de la especialidad de Enfermería acordó anular tres nuevas preguntas de la prueba. En concreto, a la 82 y 94 anuladas de la versión 0 se sumaron la 87, 96 y 106. En total, las impugnaciones se elevaron a cinco. También modificaron una de las repuestas, la correspondiente a la pregunta 89 del examen.

# Los datos, arma para concienciar y reducir la brecha de género en sanidad

Representantes de FACME, CNDFM, SER y SEMES exponen las desigualdades en liderazgo en medicina

IURI PEREIRA

Madrid

La medicina es una profesión feminizada, pero los puestos de responsabilidad los ocupan mayoritariamente hombres. Las facultativas especialistas mujeres representan más del 60 por ciento de la plantilla de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, pero sólo el 28 por ciento de los jefes de servicio son mujeres. Son datos extraídos del proyecto WOMEDS (Women in Medicine in Spain), un observatorio impulsado por la fundación de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) que monitoriza la brecha de género en sanidad y aporta una "visión 360" de las áreas de asistencia sanitaria, docencia, investigación y de representación de las corporaciones científicas.

Así lo destacó la vicepresidenta de FACME, Cristina Avendaño, durante el café de redacción 'Impulso del talento femenino en sanidad', acto englobado dentro de la iniciativa 'Mujeres de la Sanidad', impulsada por Fundamed en colaboración con Gaceta Médica. Además de Avendaño, el encuentro contó con la presencia de Pilar Garrido, expresidenta de FACME; Sagrario Bustabad, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología (SER); Lourdes Lledó García, exdecano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá; e Iria Miguéns, directora del grupo MUEjeres de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

La "madre" del proyecto WOMEDS, en palabras de Avendaño, fue la entonces presidenta de la Federación, Pilar Garrido, jefa de Servicio de Oncología en el Hospital Ramón y Cajal. "Siempre había tenido la duda de si los datos que encontrábamos en el ámbito oncológico eran extrapolables a otras especialidades", explicó. Así, nació una iniciativa con el compromiso de convertirse en un observatorio. "Considerábamos que no podía quedarse en un dato puntual, sino que tenía que servir para que se mejoraran políticas y las sociedades estuviéramos más concienciadas", concretó la 'Past President' de FACME. WOMEDS se actualiza anualmente para monitorizar



Lourdes Lledó, Pilar Garrido, Nieves Sebastián, Cristina Avendaño e Iria Miguéns.

el avance de la lucha contra la brecha de género en el liderazgo femenino, y próximamente presentará los datos relativos al pasado año.

## GRAN MARGEN DE MEJORA

Las participantes coincidieron en que hay "mucho margen de mejora" para revertir las desigualdades de género en las posiciones de liderazgo en la medicina española. Al margen del ámbito asistencial, la brecha de género es visible también en la representación científico-profesional. "El porcentaje de mujeres en las juntas directivas de los colegios de médicos no corresponde al esperado por el número de colegiadas", lamentó la vicepresidenta de FACME. En concreto, en 2021, solo el 13,7 por ciento de los presidentes eran mujeres y el 26,9 por ciento, secretarías. "Sin embargo, las mujeres tienen un porcentaje bastante elevado como vicepresidentas y vicesecretarías", tal y como expuso Avendaño.

Durante el encuentro, las representantes subrayaron que, en las sociedades científicas de FACME y los comités científicos, así como en ponentes invitados a los congresos nacionales de cada especialidad, la situación

## Las participantes incidieron en la necesidad de una formación en perspectiva de género e impulso del liderazgo

## La brecha de género es también visible en la representación científico-profesional

es similar. De hecho, entre 2019 y 2021, sólo 19 de los 103 presidentes de sociedades científico-médicas eran mujeres. Iria Miguéns, directora de MUEjeres en SEMES, abogó por dar cabida a las mujeres de manera obligatoria auditando tribunales y órganos de decisión en los congresos. "Desde el primer año que empezamos a contabilizar el número de mujeres ponentes, en los años siguientes ha ido in-

crescendo", aseguró. En este sentido, Garrido reclamó más oportunidades para las mujeres en congresos y otras ponencias.

También desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) se han realizado esfuerzos por promover el liderazgo femenino en sanidad. El pasado año, la sociedad creó un Observatorio de igualdad para trabajar, además del ámbito profesional, en el manejo de las enfermedades que tienen una mayor prevalencia en las mujeres. Según anunció su presidenta, este observatorio contará con un comité de igualdad paritario y con diversidad etaria. Además, destacó que en reumatología se ha revertido la tendencia y, actualmente, la proporción de mujeres es de un 59,7 por ciento, si bien el cambio en la ocupación de puestos de responsabilidad en la actividad asistencial "es más lento". A nivel de representación, sin embargo, el 56,25 por ciento de las presidencias de las sociedades autonómicas de Reumatología son mujeres.

En España, sólo el 10 por ciento son mujeres en la figura de profesorado "Catedrático/a de Universidad Vinculada" (profesoras que combinan la labor docente e investigadora con la

asistencial). "Las mujeres médicas que realizan una labor asistencial tienen al menos el mismo interés en la docencia universitaria que los hombres (similar porcentaje de profesora/es asociada/os en ciencias de la salud y otras figuras de profesorado temporal), pero los porcentajes varían muchísimo en detrimento de las mujeres en plazas de profesorado estable funcional (Profesora/es Titulares de Universidad y Catedrática/os de Universidad Vinculados)", explicó Lourdes Lledó. En este sentido, según afirmó la exdecano de la UAH, "una mujer que tiene un labor asistencial y docente importante será difícil que se acredite para ser profesora titular o catedrática porque la investigación es fundamental para la acreditación a estas figuras, y como se observa en el proyecto WOMEDS, hay sesgos muy importantes en la actividad investigadora según el género; y ahí hay una barrera fundamental". Así, abogó por plazas diferenciadas para mujeres y hombres, de forma igualitaria.

## RELEVOS GENERACIONALES

Las participantes en el acto incidieron en la necesidad de una formación en perspectiva de género, el impulso de la autoestima y el liderazgo y, sobre todo, la concienciación del problema. En este sentido, sostuvieron el relevo generacional y la llegada de jóvenes más formados en igualdad no cambia "en absoluto" el escenario. "Los datos indican que seguimos en ese mismo techo e, incluso, la conciencia del problema ha disminuido entre las nuevas generaciones", alertó la vicepresidenta de FACME. Por su parte, la expresidenta de la Federación asumió que "uno de los mayores retos" es que esta población sea consciente y tome una labor activa.

Además, Pilar Garrido resaltó la importancia de la "política de números", es decir, que cada sociedad o colegio analice sus datos, alcance posicionamientos y aplique políticas concretas en cada ámbito para hacer efectivos sus compromisos, puesto que, en palabras de Garrido, una de las iniciativas que podría contribuir a revertir la situación actual se basaría en que "a igualdad de méritos, mujer primero".



# Las enfermeras defienden su rol en Atención Primaria y piden más competencias

El colectivo de Enfermería pide reconocer la especialidad de Familia y Comunitaria y reivindica su labor en la atención a la cronicidad

**IURI PEREIRA**  
Madrid

Varias comunidades autónomas y organizaciones de la profesión médica venían reclamando desde hace meses un pleno monográfico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) dedicado a la Atención Primaria. Finalmente, el Ministerio de Sanidad y las consejerías se sentaron este viernes, 9 de febrero, para abordar la preocupante situación del primer nivel asistencial. En vísperas de la reunión, la profesión enfermera recordó su importante papel en los centros de salud y trasladó sus propuestas para consolidar en Primaria al colectivo más numeroso del sistema sanitario.

La propia ministra de Sanidad, Mónica García, durante su primera Comisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados, asumió que las enfermeras deben tener "un papel destacado" para lograr un cambio de enfoque en la Atención Primaria. También el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, en el 23 Congreso Nacional Farmacéutico, abogó por reorganizar las competencias de los profesionales de Primaria; entre ellas, las de Enfermería porque, en su opinión, "las enfermeras que formamos en los 80 no tienen nada que ver con las que formamos a día de hoy, especialmente en Familiar y Comunitaria".

Al respecto, Silvia Fernández, especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, señaló a Gaceta Médica que, con los sucesivos cambios y crisis sanitarias, "se ha visto la capacidad de gestión y de manejo de enfermería desde Atención Primaria". Por eso, ha reiterado que "esto no puede quedarse en un momento sanitario puntual, sino que debe persistir y mejorar".

Desde el Consejo General de Enfermería defendieron que el colectivo puede asumir nuevas competencias dentro del SNS, con el objetivo de ahorrar costes y mejorar su eficacia y eficiencia. Así, Fernández destacó que "cada vez se muestra más la formación, la versatilidad y la resiliencia de Enfermería", y aseguró que sus profesionales pueden



asumir más responsabilidades en la indicación de medicamentos o la dirección de centros de Atención Primaria, así como en la "gestión de programas que influyen directamente en el trabajo diario de AP".

## ESPECIALIDAD DE EFYC

Para poder dar respuesta a todos estos cambios, Fernández subrayó que "lo más importante es contar con enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria". Actualmente, esta especialidad enfermera no está reconocida en todo el territorio nacional. "Ha habido algunos avances, en ciertas comunidades autónomas, donde sí que está creada la bolsa específica, pero se necesita que se reconozca a nivel nacional", explicó Fernández, quien incidió en que, sin su reconocimiento, "no se puede poner en valor la importancia que tienen los cuidados especializados".

Precisamente, la creación de la categoría profesional de Enfermera Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en todas las comunidades autónomas era una de las acciones recogida en el Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, aprobado en diciembre de 2021 en el marco del Consejo Interterritorial. Sin embargo, comunidades como Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña, La Rioja, Madrid o Navarra no han creado aún la bolsa específica para estas profesionales.

## INDICACIÓN Y CRONICIDAD

El plan aprobado por las comunidades autónomas también recoge entre sus acciones impulsar el

uso, indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica por parte de enfermeras. Recientemente, el BOE publicó la guía que permite a las enfermeras indicar ibuprofeno y paracetamol para el tratamiento de la fiebre. En opinión de Fernández, todavía es claramente insuficiente: "El desarrollo de la 'prescripción enfermera', en los países en los que ha tenido una implantación extensa, ha sido bien aceptada por los pacientes, y por el resto de los profesionales sanitarios".

La enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria recordó que los ratios en Primaria "siguen siendo bajos", teniendo en cuenta "que la enfermera en AP no solo pasa consulta, sino que también tiene que dedicarse a tareas de educación para la salud o a actividades comunitarias". Asimismo, recordó el rol de la enfermera familiar y comunitaria en la prevención de enfermedades crónicas, a través de la educación para la salud, la promoción de hábitos de vida saludable o el empoderamiento de los pacientes para el automanejo de enfermedades como la diabetes o la EPOC. En este sentido, Fernández señaló que, sin este rol, "el paciente es desconocedor de sus capacidades de autocuidado y solamente acudiría al centro de salud para atender síntomas y dolencias", por lo que defendió que "se debe cambiar esta visión y entender la salud como lo que es, un constructo global, en el que se puede trabajar y no solo reparar ante la enfermedad".

## Saber más sobre responsabilidad civil

### Reclaman millón y medio por un presunto retraso diagnóstico

Un paciente interpuso reclamación administrativa ante el Servicio de Salud, solicitando 1.550.000€, en concepto de lesiones, secuelas, daño moral y económico y mala praxis, por responsabilidad patrimonial de la Administración, tras un retraso diagnóstico.

El perjudicado causa baja médica el 12/05/2015 por un estado ansioso-depresivo. Durante la baja, fue intervenido quirúrgicamente de desprendimiento de retina, en cuyos análisis se sospecha cirrosis hepática.

La cuestión es que la cirrosis no fue tratada desde aquella sospecha, sino a partir del 13/11/2016, tras sufrir un ictus cerebrovascular, cuando fue ingresado e intervenido. Todo ello, presuntamente, al no eliminar el hígado las toxinas de la sangre que van al cerebro.

A estas alturas, debido al retraso diagnóstico y avance de la patología, la única solución es un trasplante hepático, ejecutándose el 1/10/2017, un año más tarde, habida cuenta de que esta solución se comunicó a finales de 2016.

El perjudicado entiende que si hubieran realizado las pruebas tras la primera sospecha (intervención de retina), la patología no hubiera avanzado y podrían existir otras soluciones, no cuando en estado Tipo C de CHILD no tiene otra solución.

La reclamación administrativa de principios de 2021 termina desestimándose. Primero, entendían que la asistencia fue correcta y adecuada a la lex artis, adecuándose a los síntomas. De otro lado, que la reclamación es extemporánea según el artículo 67.1 de la Ley 29/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, debiendo considerarse el dies a quo el 13/11/2016, cuando el paciente conoce el diagnóstico de cirrosis hepática, superando el plazo de 1 año para reclamaciones.

Respecto a esto, el perjudicado relaciona la sospecha de cirrosis con el ictus para justificar la no prescripción, interponiendo recurso contra aquella desestimación, admitiéndose a trámite.

La parte perjudicada sostiene que el dies a quo debe ser cuando recibió el alta médica de neurología después del ictus, 18/12/2019,

y que, siendo el plazo suspendido por el RD 463/2020, de 14 de marzo, que declara el estado de alarma por COVID-19, habiendo interpuesto la reclamación patrimonial el día 15/02/2021, se habría actuado en plazo, ya que este finalizaría el 7/03/2021.

El tribunal considera que el 13/11/2016 se diagnostica al interesado cirrosis hepática de tipo C CHILD, fase final de la hepatopatía alcohólica que sufría y esta es la fecha de estabilización de secuelas. El fundamento se encuentra en que el resto de tratamientos posteriores al ictus no computan como plazo de estabilización de secuelas, pues se detectó en fase terminal, sin otra solución o mejoría de las lesiones. Igualmente, señala el tribunal que "aun cuando considerásemos que el conocimiento cabal del daño producido con todas sus implicaciones no se produce hasta que se realiza el trasplante hepático el 1/10/2017, teniendo en cuenta la fecha del alta hospitalaria tras la intervención, producida el 16/10/2017, la reclamación habría de considerarse, igualmente, extemporánea".

En la sentencia se valora, principalmente, doctrina del dies a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial, encontrando fundamento en la STS de 11/04/2018 (rec.77/2016), recurso n.º 5536/2003 a la sentencia del TS de 28/02/2007 y recurso n.º 367/2011 a la sentencia del TS de 26-2-2013.

Tras valorar el retraso de diagnóstico, el Tribunal concluye que "no puede acogerse esta alegación, pues como señala el Consejo Consultivo en su informe no cabe fijar el dies a quo en la fecha de una supuesta alta futura postrasplante, pues en el estado actual de la ciencia el paciente requerirá medicarse de por vida para evitar el rechazo del órgano injertado y someterse a los correspondientes controles de seguimiento, y ello supondría dejar permanente abierto el plazo para reclamar, lo que no puede ser admitido, ya que la estabilización lesional de la cirrosis se produjo en diciembre de 2016 y, en todo caso, a la fecha de alta hospitalaria de la intervención de trasplante en octubre de 2017, por lo que la reclamación presentada el 17/02/2021, resulta extemporánea, encontrándose prescrita la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, lo que ha de conducir a la desestimación del recurso interpuesto".

Se desestima el recurso del paciente contra el Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma.

# Un nuevo consorcio impulsará aplicación de la medicina personalizada en AP

SEMERGEN, SIFF y RELAGH se unen para impulsar la formación y el desarrollo profesional en la gestión clínica

## GACETA MÉDICA

Madrid

Nace el Consorcio de Implementación de la Farmacogenética en España e Iberoamérica. La Sociedad Iberoamericana de Farmacogenética y Farmacogenómica (SIFF), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Red Latinoamericana de Genética Humana (RELAGH) firmaron el acuerdo para constituir esta nueva plataforma, que pretende impulsar la formación y la transferencia de conocimiento entre investigadores y médicos de Atención Primaria, para así impulsar la aplicación de la medicina personalizada en la actividad asistencial de los sistemas nacionales de salud.

Las pruebas genéticas y genómicas constituyen un elemento esencial tanto para la prevención, diagnóstico y pronóstico de enfermedades de alto impacto sanitario, como para la selección de tratamientos mejores y más seguros para los



Adrián Llerena, José Polo y Humberto Fariñas durante la firma del convenio.

pacientes. La incorporación en la práctica clínica de la información genómica para la prescripción de determinados tratamientos es uno de los grandes retos para los sistemas sanitarios de España e Iberoamérica. En España, de hecho, se trata de una apuesta importante tras la presentación del Ministerio de Sanidad del catálogo común de pruebas genéticas como parte de la Cartera Común de Servi-

cios del SNS, el pasado mes de enero.

Desde SEMERGEN recordaron que, aunque al médico de familia no le compete proporcionar el consejo genético en su práctica clínica, sí debe ser capaz de identificar personas y situaciones donde el asesoramiento genético puede ser útil y necesario, así como saber interpretar el resultado de una prueba genética, conocer las herramientas de es-

tudio existentes y sus limitaciones y orientar y dar respuesta a las necesidades de información que sobre el área genética que puedan serle planteadas por sus pacientes y familiares.

"La formación en medicina genómica y de precisión de los profesionales de Atención Primaria adquiere una relevancia crucial para poder introducir y aprovechar estos conocimientos en su práctica clínica diaria", explicó José Polo, presidente de SEMERGEN.

## "FAMILIA NO PUEDE QUEDAR EXCLUIDA"

Para Polo, "el uso de biomarcadores moleculares y de marcadores farmacogenómicos son realidades de las que la Medicina de Familia no debe ni puede quedar excluida". De este modo, aseguró que el enriquecimiento entre investigadores y facultativos será bidireccional, "pues los segundos recibirán la formación necesaria para la aplicación de los avances y descubrimientos, y los primeros el feedback nece-

sario para orientar su investigación de una forma que redunde directamente en el beneficio de los pacientes", añadió el presidente de SEMERGEN.

Por su parte, Adrián Llerena Ruiz, coordinador de la Red Iberoamericana de Farmacogenética y Farmacogenómica (RIBEF), vinculada a la Sociedad Iberoamericana de Farmacogenética y Farmacogenómica, señaló que la creación de este Consorcio "es un hito importante que marcará un antes y un después en España e Iberoamérica en la formación y el desarrollo profesional en la gestión clínica de la medicina personalizada".

Mientras que José Elías García Ortiz, presidente de la RELAGH, aseguró que la implementación del Premio Dr. José María Cantú Garza sobre 'Farmacogenética: Salud, Medicamentos y Etnicidad en Poblaciones Latinoamericanas' también representa "un hito significativo" en el ámbito de la investigación científica y médica en la región latinoamericana.

# Objetivo: recuperar el tiempo perdido en la adaptación al Plan Europeo contra el Cáncer

## NIEVES SEBASTIÁN MONGARES

Madrid

"España tiene que recuperar el tiempo perdido en la adhesión al Plan Europeo contra el Cáncer". Rafael López, vicepresidente de la Fundación ECO y jefe del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) considera que este debe ser uno de los objetivos prioritarios por parte de las administraciones ya que "este plan se ha estado discutiendo en Europa durante los cuatro o cinco últimos años y ha habido muy poca información al respecto en España que empieza a ser más visible ahora".

Y es que, como remarca López, "el Plan europeo supone un cambio importante desde la prevención y también para mejorar la detección precoz, acelerar la medicina de precisión, tanto en diagnóstico como en tratamiento y también contempla aspectos de cuidados paliativos y supervivientes en cán-



cer". "Todo esto, potenciando la investigación en todos estos ámbitos", agrega. Por ello, insta a acelerar la integración del plan en las políticas nacionales también con el foco en "la gobernanza de todo el plan, que puede plantear dificultades".

Entre los posibles obstáculos, López se refiere al hecho de que el sistema sanitario en España esté descentralizado con las competencias en las comunida-

des autónomas. "En España está todo centrado en las regiones, y el plan europeo no es que 'rompa' esto, pero no contempla las fronteras nacionales dentro de la estrategia, como si está establecido dentro de los principios europeos que no haya barreras entre países; a veces entre comunidades españolas parece que es más difícil actuar, y por ello debería establecerse un sistema de gobernanza que lo plantee".

## COORDINACIÓN ENTRE AGENTES

Uno de los puntos clave en esta implementación del Plan Europeo es la interlocución entre agentes implicados. "El Ministerio de Sanidad tiene que hablar con todos los actores: desde las administraciones regionales hasta las asociaciones de pacientes o las sociedades científicas, contribuyendo entre todos a acelerar el proceso de una manera lógica". "Hay que poner el cáncer como prioridad nacional; de la misma manera que Europa lo tiene como prioridad continental, España debe ponerlo al mismo nivel", asevera.

Dentro del Plan Europeo, uno de los puntos versa por crear una red de centros de referencia, los denominados Comprehensive Cancer Centers. López expresa que, en estos momentos, en Europa, se está trabajando "en unos criterios de calidad; no tiene sentido que España diseñe otros diferentes cuando los que se van a aplicar son los de

la Unión Europea (UE). El oncólogo considera que, el trabajo que ha de realizarse actualmente a nivel nacional debe consistir en "obtener toda la información posible e ir preparándose para poder aplicar los criterios una vez estipulados". En este sentido indica que "estos deberían ser transparentes y comunicarse a toda la sociedad".

Como se refleja en el informe 'Las cifras del cáncer 2024', elaborado por la Sociedad Española de Oncología Médica, se estima que la incidencia en esta enfermedad crezca un 2,6 por ciento este año. En valores absolutos y a nivel mundial, se espera que en 2040 se alcancen 28 millones de casos. Y, precisamente, el Plan Europeo contempla estas cifras y pretende anticiparse y dar herramientas para que los sistemas sanitarios puedan hacer frente a este escenario. "Lo recogido en el plan se ha elaborado no por los casos que hay ahora, si no por lo que se prevé en los próximos años", refuerza López. Así, cree que España debería seguir la estela europea e insta al Ministerio de Sanidad y a todos los agentes involucrados a "implicarse y plantear qué va a pasar y cómo se van a reorganizar los recursos en España".



# Investigación

## Potenciar una fusión genética de las células T, nueva vía para CAR-T en tumores sólidos

Un estudio apunta a la fusión genética CARD11 – PIK3R3 como diana para aumentar la eficacia antitumoral

**NIEVES SEBASTIÁN MONGARES**  
Madrid

Los avances en investigación han mostrado en los últimos años el potencial que tiene la reprogramación de las células T en el abordaje de cánceres hematológicos. Sin embargo, hasta el momento, la propia estructura de los tumores sólidos, con todos los tejidos que envuelven a las células cancerígenas y el microambiente tumoral, había dificultado extrapolarlo a estas neoplasias. A pesar de existir estudios en curso explorando el potencial de estas terapias en tumores sólidos, hasta el momento no se han logrado resultados similares a los obtenidos en cánceres de sangre.

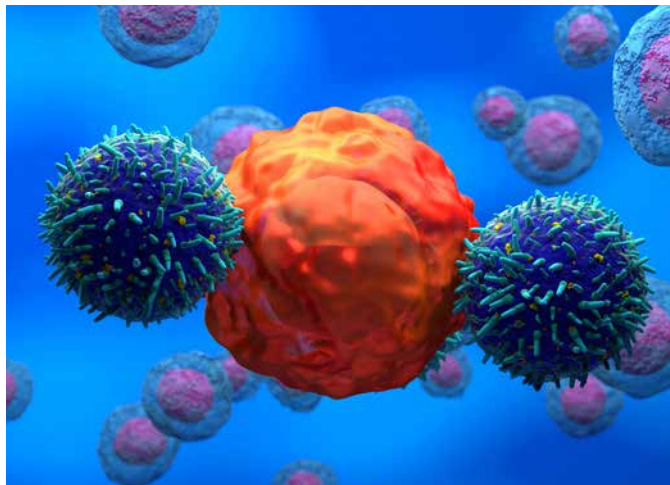
Una investigación publicada recientemente en Nature refleja que las terapias con células T, que han producido respuestas "excepcionales" en un grupo de pacientes con cáncer, podrían potenciarse para obtener mejores resultados. Las células cancerosas contienen numerosas

mutaciones; y son estas mismas mutaciones las que pueden contribuir a amplificar la señal de las terapias celulares en el tratamiento de cáncer.

En palabras de Kole Roybal, uno de los investigadores de este estudio, "la función de las células T no es lo suficientemente buena", motivo por el que decidieron "explorar los extremos de las células T". Así, potenciando su función, se podría acceder a tumores resistentes a las terapias desarrolladas en la actualidad.

### ESTUDIO DE 71 MUTACIONES

El grupo de investigación que ha llevado a cabo este estudio incorporó 71 mutaciones de neoplasias de células T y su señalización, la producción de citoquinas y la persistencia in vivo de los tumores. Al analizar estas mutaciones se identificó una fusión genética, CARD11 – PIK3R3, encontrada en un linfoma cutáneo de células T CD4 que aumenta la señalización del complejo CARD11-BCL10-



MALT1; potenciando esta alteración, se lograría aumentar la eficacia antitumoral de las terapias CAR-T en determinados modelos refractarios a la inmunoterapia en un entorno dependiente de antígenos. Con el objetivo de confirmar que su potencial de despliegue era seguro, las células que expresan CARD11-PIK3R3 fueron sometidas a seguimiento hasta 418 días después de la transferencia de células T

in vivo, sin evidencia de que se produjesen transformaciones malignas.

Así, se vio que las CAR-T que transportan la proteína aberrante CARD11 – PIK3R3 consiguieron infiltrarse bien en los tumores y lograron una actividad duradera contra el cáncer. Jaehyuk Choi, dermatólogo de la Universidad Northwestern en Evanston, Illinois y coautor del estudio, definió esta molécula

como "muy especial" y "capaz de superar todas las pruebas que le sometemos".

El equipo de investigación apunta a que explotar las mutaciones que ocurren naturalmente podría suponer un enfoque prometedor para seguir investigando el conocimiento biológico de las células T y descubrir cómo las soluciones derivadas de la evolución de las células T malignas podría utilizarse en el desarrollo de terapias celulares de esta tipología.

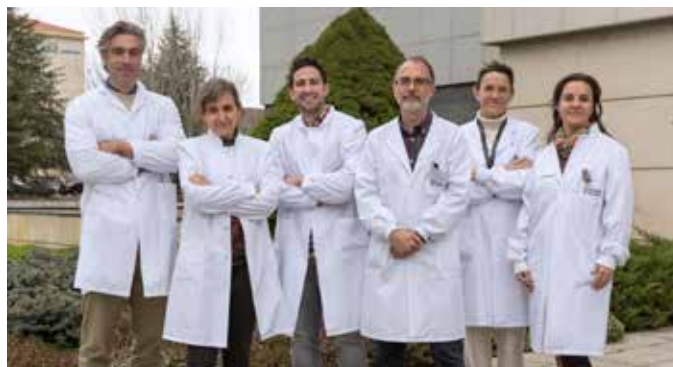
Para esta investigación, el equipo trató a ratones portadores de cánceres sanguíneos y sólidos con diferentes terapias de células T potenciadas con CARD11-PIK3R3, y se vio cómo los tumores de los animales desaparecían. Los investigadores utilizaron alrededor de un millón de células para tratar a estos ratones pero en los ensayos se determinó que con 20.000 células T potenciadas con mutaciones cancerosas fueron suficientes para eliminar los tumores.

## Añadir antibiótico a una secuencia de ARN, 'interruptor génico' en diversas patologías

**GACETA MÉDICA**  
Madrid

Una investigación del Cima Universidad de Navarra ha identificado un ácido ribonucleico (ARN) que permitiría modular la terapia génica contra el cáncer u otras patologías. Estos resultados orientan el desarrollo de tratamientos personalizados para cada paciente y en diferentes fases de su enfermedad.

Las células evolucionan para producir miles de ARNs distintos que se unen a proteínas, a regiones del ADN o a otros ARNs para realizar distintas funciones. Estos pueden contribuir a la formación de células tumorales. Este estudio ha logrado imitar en el laboratorio esta evolución



Equipo de investigación del Cima Universidad de Navarra.

natural hasta identificar ARNs sintéticos que, cuando se introducen en la célula, son capaces de controlar la expresión de un gen terapéutico", explica Puri Fortes, directora del Programa de Biología en ARN del Cima y

codirectora del estudio junto con Fernando Pastor.

En general, los genes terapéuticos deberían ser siempre beneficiosos para el paciente, explican los investigadores. Sin embargo, en ocasiones causan

efectos secundarios no deseados que producen toxicidad. Hasta ahora resultaba muy complicado modular la expresión del gen para impedir posibles efectos secundarios. "En el Cima hemos identificado una secuencia de ARN que actúa como un regulador que modula la expresión del gen terapéutico. En condiciones normales, cuando se introduce la terapia en el paciente, el interruptor está apagado y el gen no se expresa, no hay efecto", explican los investigadores. "Cuando el médico lo considere adecuado, le dará al paciente un antibiótico convencional. Este se unirá a la secuencia de ARN diseñada y se 'encenderá' el gen para producir la proteína terapéutica. Si el mé-

dico o el paciente notan algún efecto no deseado, puede dejar de tomar el antibiótico y se apagará el gen. Si las condiciones cambian, se puede volver a encender las veces que haga falta", aclaran.

Uno de los tratamientos que se pueden beneficiar de este tipo de "interruptor génico" son las terapias CAR-T. Además, los científicos consideran que una aplicación muy interesante es la producción a gran escala de proteínas recombinantes con fines terapéuticos. "A partir de ahora el estudio se va a centrar en determinar la aplicación de este sistema en diversas aproximaciones de terapia génica utilizando distintos fármacos disponibles. Este trabajo se ha realizado en el marco del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) y del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA) y con financiación de la Fundación "la Caixa", a través de la convocatoria CaixaImpulse.

# Un fármaco desarrollado por el VHIO actúa como inhibidor del oncogén MYC

Los primeros resultados demuestran que es seguro y que puede estabilizar o reducir la enfermedad

**GACETA MÉDICA**  
Madrid

El primer ensayo clínico en humanos de Omomyc (OMO-103), inhibidor específico del oncogén MYC desarrollado en el Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO), han demostrado que el nuevo fármaco es seguro y presenta una prometedora actividad antitumoral. El estudio, publicado en *Nature Medicine*, incluye los resultados de este ensayo Fase I así como el estudio molecular profundo del medicamento, y la identificación de potenciales biomarcadores de la actividad del fármaco.

Omomyc es una mini-proteína terapéutica desarrollada gracias al trabajo de Laura Soucek, profesora ICREA, directora del Programa de Terapias Experimentales, jefa del Grupo de Modelización de Terapias Antitumorales del VHIO y cofundadora de la spin-off Peptomyc. Los resultados de su trabajo demostraron que dicha proteína es capaz de entrar en las células y alcanzar su núcleo, donde se encuentra el oncogén MYC. Una vez dentro del núcleo, Omomyc inhibe la habilidad de MYC para promover el crecimiento de tumores cancerígenos.



En 2021 Elena Garralda, directora de la Unidad de Investigación de Terapia Molecular del Cáncer (UITM) – CaixaResearch del VHIO, en colaboración con las unidades de ensayos clínicos en Fase Temprana de START de los hospitales universitarios Fundación Jiménez Díaz y HM CIOCC, inició un ensayo clínico de Fase I, en el que han participado 22 pacientes, para comprobar la seguridad de OMO-103 y mostrar si había signos tempranos de control del cáncer. Los pacientes participantes tenían diferentes tipos de tumores sólidos en estadio metastático avanzado y habían sido previamente trata-

dos con entre dos y 12 líneas de tratamiento sin éxito.

## RESULTADOS

"El objetivo del estudio era comprobar la seguridad del fármaco, que resultó ser muy bien tolerado por los pacientes con algún efecto secundario leve como escalofríos o náuseas" explicó Emiliano Calvo, oncólogo médico en START-HM CIOCC y último firmante del estudio. "Pero desde dosis muy bajas ya observamos beneficios clínicos en los pacientes. En ocho de los 12 pacientes a los que se les realizó un TAC después de nueve semanas de tratamiento observamos una

estabilización de la enfermedad en la que se había detenido el crecimiento del tumor", añadió.

Por su parte, Garralda destacó algunos resultados como "el caso de un paciente con cáncer de páncreas que permaneció en estudio durante más de seis meses en el que el diámetro del tumor se redujo en un ocho por ciento, y que presentó una reducción del 83 por ciento en el ADN derivado del tumor que circula en el torrente sanguíneo". Así como un paciente con sarcoma, que había respondido muy poco a tratamientos anteriores, que se mantuvo estable los ocho meses del estudio.

## CARACTERIZACIÓN Y BIOMARCADORES

Los investigadores analizaron las biopsias tumorales antes y después del tratamiento y confirmaron que la firma transcripcional de MYC estaba modulada por el fármaco, demostrando la actividad de OMO-103 contra su diana. Además, observaron que existía una correlación directa y específica entre la desactivación de MYC y los beneficios clínicos de los pacientes.

El equipo también identificó dos potenciales biomarcadores

en sangre que tras su validación podrían ser útiles en el manejo de la enfermedad. Por un lado, detectaron un posible biomarcador de actividad farmacodinámica que aumenta en sangre cuando el paciente tratado con OMO-103 tiene beneficio clínico y que desaparece cuando la enfermedad progresa de nuevo. "Este marcador podría indicarnos con una prueba no invasiva como es la biopsia líquida si el tumor está progresando y tomar las decisiones clínicas adecuadas y rápidas para ese paciente", señaló Soucek. "Por otro lado, hemos identificado una firma predictiva que a través de un simple análisis de sangre nos podría ayudar a predecir la probabilidad de que el paciente responda o no al fármaco de manera que podamos seleccionar desde el inicio a los pacientes que podrían beneficiarse del tratamiento con OMO-103", subrayó.

Los resultados del primer ensayo clínico de OMO-103 en humanos han llevado a la puesta en marcha de un segundo ensayo clínico fase Ib que evalúa la actividad del fármaco en combinación con el tratamiento estándar en pacientes con cáncer de páncreas metastásico.

# Los pacientes con VIH tienen un 79% más de posibilidades de morir por cáncer

**GACETA MÉDICA**  
Madrid

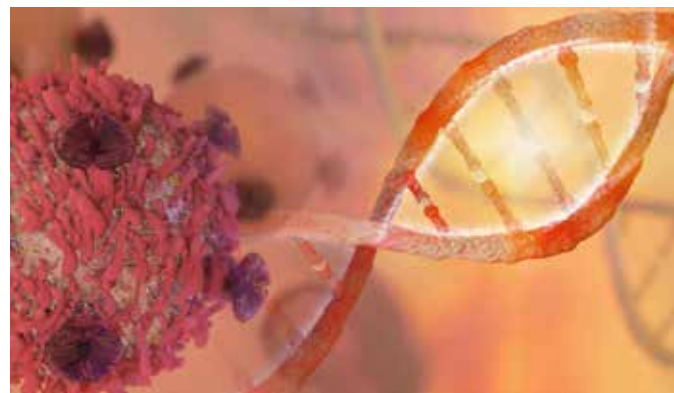
Un estudio realizado a partir de datos de la Cohorte CORIS y publicado en la revista *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* ha concluido que el riesgo de muerte por cáncer no definitorio de SIDA fue un 79 por ciento mayor en personas con VIH (PVIH) que el de la población general y que las tasas de mortalidad más altas se observaron para el cáncer de pulmón (0,57 por 1000 personas/año).

Durante el periodo de seguimiento, 478 personas desarrollaron un cáncer no definitorio de sida, con una tasa de incidencia de 3,88 casos x 1.000 personas/año. La tasa de incidencia fue de 3,82 x 1.000 personas/año en los hombres y de 4,21 en las mujeres. La mayoría de todos los tumores

(65 por ciento) eran de origen no viral, con una tasa de incidencia de 2,50 casos x 1.000 personas/año, mientras que la tasa de incidencia de los casos de cáncer de origen viral fue de 1,24 casos x 1.000 personas/año.

## TIPOS DE CÁNCER

Los tipos más frecuentes de cáncer fueron el de pulmón (tasa de incidencia de 0,69 casos x 1.000 personas/año), linfoma de Hodgkin (tasa del 0,62) y cáncer de próstata (tasa del 0,25). Las tasas de tumor de origen viral aumentaron lentamente con la edad y fueron similares en hombres y mujeres. Las tasas de riesgo de padecer un cáncer de origen no viral fueron ligeramente más bajas en los hombres que en las mujeres a edades más jóvenes, pero alrededor de los 60 años los riesgos en los hombres



aumentaron marcadamente y excedieron a los de las mujeres.

Al principio de la epidemia por VIH una serie de tumores aparecían con mucha frecuencia en personas con SIDA (cáncer de cervix uterino, linfoma no Hodgkin y sarcoma de Kaposi), a estos tumores se les conoció como tumores definitorios de SIDA. Exis-

ten otros tumores asociados con otros virus cuya incidencia también está aumentada en PVIH (hepatocarcinoma, carcinoma anal). En los últimos años, se está constatando un aumento de tumores no definitorios de SIDA ni relacionados con otros virus en esta población, siendo actualmente la causa más frecuente de

muerte en la población con VIH en nuestro entorno, según los resultados de diversas investigaciones. Estos tumores han ido aumentando progresivamente desde el comienzo de la pandemia de VIH/SIDA, a medida que se ha conseguido ampliar la esperanza de vida de las personas que viven con el virus, gracias especialmente a la mejora de los tratamientos antirretrovirales.

## INCIDENCIA

La evidencia científica disponible expone asimismo que la incidencia del cáncer es más del doble que la población general para el cáncer de pulmón o hígado y más de diez veces para el cáncer anal. Por todo ello, desde GeSIDA se recuerda que el diagnóstico precoz y abordaje de esta enfermedad en las PVIH representa hoy día uno de los principales retos a la hora de favorecer una mayor calidad de vida a quienes conviven con el virus. Es necesario, además, tratar a estos pacientes como al resto de la población y no negar su inclusión en los ensayos clínicos.



# La IA puede ayudar a predecir la respuesta a tratamiento en glioblastoma

El 'deep learning' identifica a los pacientes que no se beneficiarían de quimioterapia para ofrecerles otras terapias

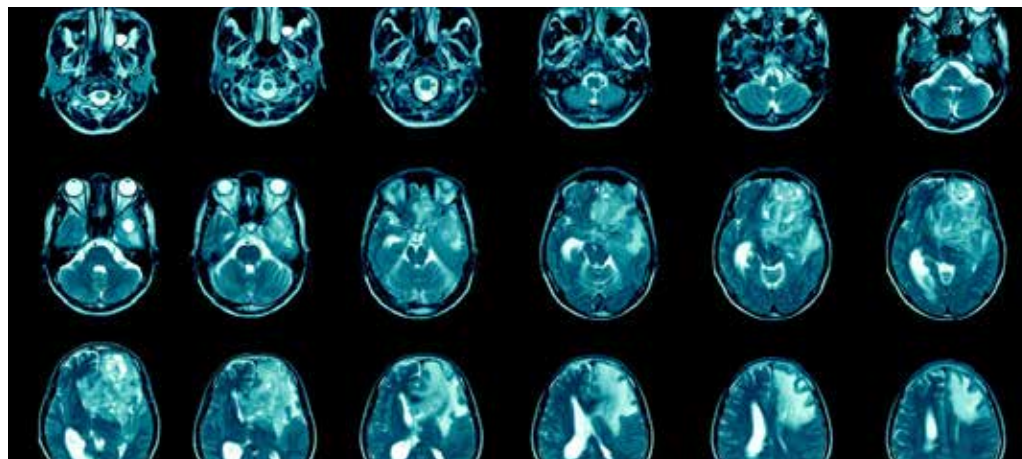
**FERNANDO RUIZ SACRISTÁN**

Madrid

Un estudio reciente reveló un avance prometedor en el tratamiento del glioblastoma, un cáncer cerebral altamente agresivo que afecta a millones de personas cada año. Investigadores del King's College London (KCL) desarrollaron un modelo basado en inteligencia artificial (IA) capaz de predecir las tasas de supervivencia de pacientes adultos con cáncer cerebral después de recibir tratamiento de radioterapia.

El ensayo, que fue publicado en la revista *Neuro-Oncology*, aplicó el "deep learning" para predecir si los pacientes con glioblastoma sobrevivirían ocho meses después del tratamiento. Este tipo de tumor es muy agresivo y difícil de tratar, ya que tan solo el 25 por ciento de los pacientes sobrevive más de un año después del diagnóstico.

Actualmente, los pacientes se someten regularmente a pruebas para determinar la efectivi-



dad de la quimioterapia, aunque algunos experimentan efectos secundarios perjudiciales. Sin embargo, este nuevo modelo de Inteligencia Artificial (IA) ofrece una alternativa prometedora. Al proporcionar una predicción instantánea y precisa a partir de una sola resonancia magnética rutinaria, los médicos podrán identificar a los pacientes que no se beneficiarían de la quimioterapia y probar diferentes tratamientos o comenzar tera-

pias experimentales en ensayos clínicos.

## PREDICCIÓN INMEDIATA Y PRECISA

Después de entrenar la IA con un conjunto de datos de más de 10.000 escaneos de pacientes con cáncer cerebral, se observaron mejoras significativas en su capacidad para detectar anomalías. Alysha Chelliah, investigadora de doctorado en KCL, explicó que "la IA pudo proporcionarnos

una predicción inmediata y precisa, lo que significa que los médicos pueden empoderar a los pacientes para tomar decisiones sobre su tratamiento".

Esta investigación involucró la colaboración de 11 centros de neurooncología en todo el Reino Unido, ya que se estima que cada año se diagnostican alrededor de 3.200 casos de Glioblastoma en la región. De esta manera, la aplicación de la IA en la predicción de la supervivencia

de los pacientes, a corto y largo plazo, ocho meses después de haber recibido radioterapia, permitiría a los médicos estar mejor informados y planificar el tratamiento más adecuadamente y referir a los pacientes a terapias potencialmente salvadoras de vidas más rápidamente.

Michele Afif, directora ejecutiva de The Brain Tumour Charity, destacó la importancia de este estudio al afirmar que "evaluar y predecir la respuesta a la radioterapia en un punto mucho más temprano es un paso enormemente importante en el abordaje de esta enfermedad difícil de tratar".

Los investigadores tienen la esperanza de que la comunidad de investigación del cáncer utilice esta herramienta para mejorar los resultados de los pacientes que no se beneficiarían del curso habitual de la quimioterapia. Este avance representa un hito significativo en la lucha contra el glioblastoma y ofrece nuevas posibilidades de tratamiento para aquellos que enfrentan esta enfermedad devastadora.

## Combinar IA y RM mejora el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama luminal

**GACETA MÉDICA**

Madrid

En España el cáncer de mama luminal representa el 65 por ciento de todos los tumores de mama. Ahora, gracias a los avances tecnológicos se ha visto que la combinación de inteligencia artificial (IA) y resonancia magnética (RM) ofrece un enfoque integral para la detección temprana y evaluación de este cáncer. Esto puede traducirse en un diagnóstico más preciso y en un tratamiento más específico y personalizado, reduciendo la necesidad de procedimientos invasivos innecesarios y mejorando la calidad de vida de las pacientes. Los resultados se han publicado en el artículo "Biomarcadores en resonancia magnética y su correlación con el test Oncotype" de la revista *Radiología*.

Según las autoras del estudio y especialistas en tumores de mama de la SERAM, Cruz Ciria y

García Mur, "el cáncer de mama en España es el más frecuente. Se calcula que una de cada ocho mujeres lo padecerán en algún momento de su vida, y dentro de este, el subtipo luminal representa el grupo mayoritario. Se estima que en 2023 aproximadamente 35.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama".

En este sentido, la RM contribuye significativamente en el diagnóstico y estadificación del cáncer al proporcionar imágenes de alta resolución que permiten evaluar la extensión del tumor e identificar lesiones adicionales, siendo especialmente útil en mamas densas.

Por otra parte, el test Oncotype DX Breast Recurrence Score (ODXRS) es una valiosa herramienta para los profesionales en la toma de decisiones terapéuticas. Permite evaluar la expresión génica del tumor para calcular una puntuación de recurrencia,

proporcionando información sobre el riesgo de recidiva del cáncer de mama en 10 años. Además, ayuda a determinar la necesidad de tratamientos adicionales, como la quimioterapia.

## INTELIGENCIA ARTIFICIAL

A pesar de que la inteligencia artificial puede ser beneficiosa en varias etapas, durante la detección los algoritmos de IA analizan imágenes mamográficas y de resonancia magnética con una "teórica" mayor precisión, identificando patrones sospechosos que podrían pasar desapercibidos en evaluaciones convencionales. Estos modelos de IA también pueden ayudar en la interpretación de resultados genómicos, proporcionando información adicional sobre la agresividad del tumor y posibles respuestas a tratamientos específicos.

Por otra parte, en la etapa de tratamiento puede ayudar en la



toma de decisiones clínicas. Al integrar datos clínicos, genómicos e imágenes radiológicas, los modelos de IA pueden predecir la respuesta individualizada a terapias específicas, y permitir establecer una estrategia de tratamiento personalizada y adaptada a las características de cada paciente.

"A pesar de que usamos la IA en nuestro día a día, algunos aspectos están todavía en fase de investigación y actualmente no tienen aplicabilidad clínica

real aunque presenten buenos resultados teóricos. Por ello, es fundamental seguir evaluando e investigando estos algoritmos para garantizar su precisión, integración en la práctica clínica y avanzar en nuevos horizontes", concluyeron las autoras del artículo.

Además, han subrayado que el radiólogo desempeña un rol esencial por ser la puerta de entrada al proceso y colabora en los subprocesos diagnósticos y de tratamiento del cáncer de mama.



Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia

## La salud femenina se ve afectada por la infrarrepresentación en la investigación

**ANDREA RIVERO**

Madrid

En España las mujeres fallecen un ocho por ciento más por enfermedades cardiovasculares que los hombres y presentan el doble de riesgo de morir por infarto. Además, se estima que más del 25 por ciento sufrirán un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida, una cifra que supera significativamente al 12 por ciento de los hombres que se considera que la padecerán. Estos son sólo algunos de los ejemplos en los que la salud de la mujer se ve afectada por la infrarrepresentación, el infradiagnóstico y las desigualdades de género en la investigación.

Este tema se abordó en la mesa del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) bajo el título "#Mujeres: diferenciarnos en investigación para igualarnos en salud", que se celebró en el contexto del Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia.

Durante la mesa se defendió la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la

### IGUALDAD

Las expertas coincidieron en que es crucial promover la sensibilidad de género en todas las etapas de la investigación, lo que implica incluir ambos sexos en los estudios

### VISIBILIZAR

ASEICA muestra la labor de las científicas en los centros educativos de toda España

investigación para promover la igualdad en salud. Para tratar este tema se señaló que es crucial promover la sensibilidad de género en todas las etapas del proceso de investigación, lo que implica incluir ambos sexos en los estudios, analizar los datos por género y considerar las diferencias de género en la interpretación de los resultados obtenidos.

### SALUD DE LA MUJER

Los problemas vasculares afectan seriamente a las mujeres y se estima que cada año fallecen por esta causa más de 60.000 mujeres. A pesar de estos datos "sólo el 37 por ciento de los pacientes que se incluyen en los ensayos clínicos son mujeres", señaló Candelas Pérez del Villar Moro, investigadora del área de Enfermedades Cardiovasculares del CIBER (CIBERCV), cardióloga en el Hospital Universitario de Salamanca y secretaria científica del IBSAL.

Otro de los ámbitos de investigación es el de la salud mental. En la mesa se expuso el impacto de las diferencias por sexo en la

prevalencia y presentación de trastornos mentales en mujeres, la disparidad entre la cantidad de datos disponibles sobre psicofarmacología y la mayor frecuencia de tratamiento en mujeres.

"Cuando nos ponemos a pensar en los determinantes en salud mental, siempre pensamos en las hormonas, pero no sabemos muy bien cuál es el papel de las hormonas en la evolución de los problemas neuropsiquiátricos", destacó Carmen Moreno, investigadora del área de Salud Mental (CIBERSAM) y médica del Hospital Gregorio Marañón. "En los manuales a veces se representan sólo comportamientos de chicos porque se han validado únicamente en poblaciones masculinas. Se debe avanzar en medicina personalizada a la hora de entender la enfermedad y su tratamiento", indicó la psiquiatra.

También se abordó cómo el sexo influye en la respuesta al tratamiento y el desarrollo de complicaciones en la diabetes tipo 1. "La mujer con diabetes tipo 1 tiene un 37 por ciento más

de morbimortalidad cardiovascular, lo que contrasta con su infrarrepresentación en los ensayos clínicos", manifestó Lía Nattero, investigadora del área CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). La experta defendió la importancia de investigar más sobre la forma en que el ciclo menstrual afecta al control de glucosa y cómo estas diferencias pueden aprovecharse para desarrollar tecnologías más efectivas.

### VISIBILIZAR

En este sentido, la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA) organizó la IV edición de "Conócelas" para acercar la ciencia a los centros educativos y visibilizar a las científicas de esta área. "Nuestro objetivo es que el alumnado descubra a las mujeres en investigación básica, traslacional y clínica en la oncología: cómo son, cómo empezaron, cómo orientaron su carrera, y cómo han llegado a ser referentes en sus campos", señaló Marisol Soengas, presidenta de ASEICA.