



## La brecha de género, el 'Km. 0' de la Sanidad Española

El Ministerio acoge la presentación del Informe del Impulso al Talento Femenino 2024

P. 4 y Carta del editor



### PROTEGE TU FUTURO CON EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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



La Mutua de los Profesionales Sanitarios.



900 82 20 82  
[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)



# Opinión

## ¿Está todo dicho en el tratamiento del infarto?

### A CORAZÓN ABIERTO



**Raúl Moreno**

MD, PhD

Jefe de Cardiología,  
Hospital Univ. La Paz

IdiPAZ (Instituto  
de Investigación  
Sanitaria Hospital  
La Paz).

Profesor adjunto.  
Universidad  
Autónoma de  
Madrid.

En el tratamiento del infarto agudo de miocardio, el tiempo es clave. Por ello, se han establecido redes para derivar a los pacientes al hospital más cercano que pueda realizar un angioplastia coronaria a cualquier hora y cualquier día del año. Además, su tratamiento farmacológico está claramente establecido: doble antiagregación, fármacos hipolipemiantes para reducir al máximo el LDL-colesterol y diversos medicamentos en caso de que exista disfunción ventricular izquierda. Con todo ello, la mortalidad inicial del infarto puede ser inferior al dos por ciento.

No obstante, algunos grupos de pacientes siguen teniendo un riesgo elevado de eventos tras el infarto. Tras el alta, más de un 10 por ciento reingresan por insuficiencia cardiaca y el 5-10 por ciento presentan nuevos eventos isquémicos en el primer año. El riesgo es especialmente elevado en algunos pacientes, como aquellos con infarto extenso, tiempo de evolución demasiado prolongado o enfermedad multivaso.

Por ello, la investigación en el tratamiento del infarto continúa siendo muy activa. El Hospital La Paz, centro pionero en la investigación en el infarto y en la aplicación de nuevas terapias cardiovasculares, participa en varios estudios de investigación en esta patología. En este centro, se está liderando, a nivel internacional, la investigación en fármacos que puedan reducir el tamaño del infarto tras la reperfusión, como los basados en el yoduro de sodio (IOCYTE AMI-3) y factores de crecimiento derivados del mielóide (IRI-EXPLORE). Lo mismo ocurre en la investigación de fármacos con efecto anti-inflamatorio, como la colchicina, con la hipótesis de que pueden reducir la tasa de nuevos eventos isquémicos (CLEAR-SYNERGY). En pacientes con enfermedad multivaso, La Paz ha tenido una participación muy importante en los estudios que han establecido la recomendación de llevar a cabo una revascularización completa, y actualmente, participa en varios ensayos sobre el papel de las técnicas de imagen intracoronaria en lesiones no culpables. También se está investigando la administración precoz de fármacos hipolipemiantes muy potentes, como los inhibidores PCSK9.

La situación es especialmente delicada en pacientes en shock cardiogénico o tras haber sufrido una parada cardiaca, en los que la mortalidad sigue siendo elevada. La evidencia de las diferentes medidas no está establecida. Ha sido sólo hace un mes cuando se ha publicado el primer estudio en el que se demuestra que la utilización de un sistema de asistencia ventricular izquierda puede reducir la mortalidad en pacientes en shock cardiogénico, y hay dudas sobre la evidencia de la hipotermia para mejorar la evolución neurológica en pacientes que han sufrido una parada cardiaca.

Es decir, que a pesar de que las medidas que en la actualidad se aplican en el infarto han conseguido reducir notablemente la mortalidad, algunos grupos continúan teniendo un pronóstico desfavorable. Esto hace que la investigación en el infarto todavía continúe siendo muy activa, especialmente en la búsqueda de fármacos que puedan reducir el tamaño del infarto tras la reperfusión y de nuevas medidas que puedan mejorar el pronóstico en shock cardiogénico o parada cardiaca recuperada.



**En las últimas décadas el concepto de cáncer ha cambiado; para avanzar, es esencial seguir poniendo el foco en los pacientes**



## Investigación en cáncer por y para los pacientes

### EDITORIAL

La investigación en oncología va cambiando paulatinamente el pronóstico de diferentes tumores. Y en este camino, la involucración de los hospitales y sus profesionales juega un papel protagonista.

Una muestra de ello es el Hospital Clínic de Barcelona, puntero en el desarrollo de terapias CAR-T, y también de otras alternativas terapéuticas esperanzadoras como los linfocitos infiltrantes de tumores (TIL) u otras opciones con células dendríticas. Y, como explica Manel Juan, jefe del Servicio de Inmunología de este centro, la clave del éxito en el desarrollo de terapias celulares reside en que, en lugar de poner el foco en la investigación en sí misma, los programas que llevan a cabo tienen en el centro en los pacientes. También, porque precisamente en el caso del Clínic, Ariadna Benedé Jover -paciente que falleció por leucemia y que da nombre a las CAR-T académicas que están en estudio en el hospital catalán- fue activista junto a su madre para promover la investigación sobre esta enfermedad. Por tanto, en este caso se podría decir que, en cierto modo, el impulso es bidireccional; y son ahora los profesionales del centro catalán los que trabajan en diferentes vías de investigación con el fin de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes que son tratados en este hospital.

También recientemente el Hospital Clínic San Carlos de Madrid obtuvo la acreditación de su Unidad de Terapias Experimentales. Y los miembros que la conforman celebran este reconocimiento, también porque consideran que puede abrir camino para comenzar nuevos proyectos de investigación que tengan una repercusión positiva sobre los pacientes.

Y es que, con las herramientas de tratamiento disponibles, que indudablemente han supuesto una mejora en el manejo del cáncer, y las que están por venir, escuchar a los pacientes es fundamental para seguir avanzando. Esto ya se hace. De hecho, como se puso de manifiesto en una jornada celebrada conjuntamente por el Cancer Center de la Clínica Universidad de Navarra (CUN) y Gilead, uno de los focos de investigadores y clínicos es encontrar la manera de que, con las terapias que ya han demostrado eficacia y seguridad, se pueda minimizar el impacto negativo en los pacientes. Esto es una realidad cada vez frecuente en más tipos de tumores, lo que está haciendo que se logre una 'desescalada' de tratamientos, administrando cada vez menos terapias a los pacientes, pero más eficaces.

En las últimas décadas, el concepto de cáncer ha cambiado radicalmente. Ahora, para seguir esta senda, es necesario seguir contando con los pacientes como protagonistas en la investigación.

# Hay que hacer atractiva la profesión sanitaria

## CARTA DEL EDITOR

Si queremos que la profesión sanitaria, y en concreto la medicina, cuente con atractivo profesional, la receta es atraer y retener vocaciones. Y hacerlo teniendo en cuenta que la feminización de la sanidad es un hecho. Las recetas para conseguirlo son sencillas: estabilidad laboral, salario atractivo, retención y estímulo del talento y un refuerzo de la atención primaria.



**Santiago de Quiroga**

Editor de Gaceta Médica

**La estrategia de RRHH es la base de la calidad del sistema sanitario**

### Debate parlamentario en Andalucía

El anuncio de la consejera de sanidad de la Junta de Andalucía no estuvo exento de polémica. El grupo parlamentario socialista criticó las cifras presentadas por la consejera, acusándola de no haber aumentado realmente la plantilla en 2.382 profesionales, sino de haber despedido a 5.000 de los 7.000 refuerzos COVID. La parlamentaria socialista María Ángeles Prieto cuestionó las condiciones laborales y la falta de conciliación, señalando una "huida continua" de profesionales de la comunidad.

En respuesta, García Carrasco defendió que la atracción hacia la Medicina de Familia debe empezar desde la formación universitaria y especializada, y que estos cambios dependen del Gobierno central.

### Talento femenino

Un aspecto crucial es la retención del talento y el estímulo de las carreras profesionales individuales. En el ámbito hospitalario, contamos con entre un 60 y el 70% de médicas especialistas. En los próximos años la cifra superará el 75% de especialistas mujeres. Con una plantilla feminizada, ya en la actualidad, hay que asegurarse de que la brecha de género en los puestos de jefatura de servicio se estrecha o se elimina.

No es razonable que tan sólo el 30% de los jefes de servicio hospitalario sean mujeres. El informe elaborado con los datos de los premios Best In Class de los años 2022 y 2023, presentado en el ministerio de sanidad recientemente, es una llamada a la acción.

Desde el ministerio de sanidad existe sensibilización con la brecha de género en puestos de responsabilidad como las jefaturas de servicio. Se trata de un asunto que es prioridad en la agenda de los recursos humanos, y debería serlo en la política sanitaria. Es preciso abordar esta brecha con el máximo consenso y colaboración política y social. Sin embargo, que sea un problema "estructural de la sociedad", como afirma la ministra de sanidad, Monica García, lo hace multifactorial en sus causas y complejo en su abordaje.

Si bien las medidas anunciadas desde Andalucía son un paso significativo hacia la mejora de la sanidad en la región, afronta desafíos que deberán ser abordados para asegurar su éxito y aceptación entre los profesionales. Otras CC.AA. están apostando por estrategias de recursos humanos y es preciso trabajar en coordinación entre todas las CC.AA. y el propio ministerio de sanidad.

Sin duda, una eficaz estrategia de recursos humanos es la base para mantener y potenciar la calidad y eficiencia de un sistema sanitaria con retos muy relevantes que afrontar.

### Andalucía

El Parlamento andaluz ha sido el escenario de un importante anuncio por parte de la consejera de Sanidad, Catalina García Carrasco, quien ha revelado que en 2024 se estabilizará al 94% de los médicos de familia del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Este anuncio se produce en el marco de la Comisión de Sanidad y Consumo. La estabilidad laboral es uno de los pasos a dar para retener y estimular a los profesionales.

García Carrasco ha subrayado que esta estabilización forma parte de una ampliación más amplia de la plantilla del Sistema Sanitario Público de Andalucía, aprobada por el Consejo de Gobierno andaluz. En total, se integrarán 2.382 nuevos profesionales con una inversión de 142.7 millones de euros. Esta medida no solo busca estabilizar las plazas sino también mantener a los facultativos que han sido contratados como refuerzo durante la pandemia de COVID-19, especialmente en áreas de difícil cobertura.

El anuncio incluye la renovación de 3.175 antiguos refuerzos COVID-19 entre junio y septiembre de este año. A partir de ahora, estos profesionales tendrán un nombramiento vinculado a las necesidades del sistema sanitario, dejando atrás la denominación de "refuerzo COVID". Además, otros 1.588 profesionales de refuerzo también serán integrados para cubrir necesidades como el Plan Verano, bajas por maternidad e incapacidad temporal, asegurando así la continuidad de los servicios sanitarios.

### Mejoras en las Condiciones Laborales

Mejorar las condiciones laborales y salariales de los médicos puede contribuir a atenuar la falta de médicos, agravado por las futuras jubilaciones, que afectan especialmente a atención primaria. Por otro lado, la retención de los médicos en formación en las distintas regiones es un indicador del funcionamiento de las estrategias de recursos humanos.

En Andalucía se quedan en la comunidad tras finalizar el MIR el 90% de de éstos. Este incremento se debe, en parte, a las mejoras salariales, con una retribución media de 78.000 euros anuales, incluyendo complementos por asistencia continuada y guardias.



Mónica García, ministra de Sanidad y Catalina García Carrato, consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía.

## EN IMÁGENES

### "No es solo pelo": una iniciativa para concienciar sobre el impacto físico y emocional de la alopecia areata

Cerca del dos por ciento de la población padece alopecia areata, una enfermedad que provoca una pérdida de pelo, identidad y falta de autorreconocimiento. Por ello, Lilly, ha lanzado la campaña 'No es solo pelo'. para fomentar la empatía y romper estigmas sociales.



## GACETA MÉDICA

Publicación de:



wecare-u.

wecare-u. healthcare communication group

**EDITOR:** Santiago de Quiroga

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

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

### ÁREAS:

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

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

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

**Jefe de Public Affairs:** Alba González.

### Consejo de Administración:

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

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

Depósito legal:  
M-18625-2012

ISSN: 2255-4181

Imprime: Rotomadrid  
SVP-382-R-CM

Todos los derechos reservados.

# Política



La ministra de Sanidad, Mónica García, en la presentación del Informe Talento Femenino 2024.

## “Es paradigmático que en un sector tan feminizado, haya brecha de género”

El Ministerio de Sanidad acoge la presentación del Informe Talento Femenino 2024

**JULIA PORRAS**  
Madrid

El Ministerio de Sanidad fue el lugar escogido para la presentación del Informe de Talento Femenino 2024, un estudio sobre la brecha de género en la sanidad española. Elaborado por Mujeres de la Sanidad, una iniciativa de Fundamed, apoyada por Gaceta Médica, y con el soporte de distintas compañías y sociedades comprometidas con el talento femenino. El informe recoge datos sobre la presencia de mujeres que lideran servicios en hospitales de España y otros cargos de gestión sanitaria.

La inauguración del acto corrió a cargo de la ministra de Sanidad, Mónica García, que destacó la importancia de este documento diciendo que es “pionero” y que pone de relieve la existencia de la brecha de género en el mundo sanitario, una cuestión “crucial”.

### ACABAR CON LAS BARRERAS

El informe es una contribución al impulso del talento femenino.

Como recordó la ministra durante su discurso, “es paradigmático que en sector tan feminizado como el sanitario, donde hasta un 70 por ciento de los puestos están ocupados por mujeres, solo un 30 por ciento tengan cargos de responsabilidad”. Y esto ocurre precisamente por la brecha de género que existe en el sector sanitario.

Esto acarrea una serie de diversas consecuencias. Una de ellas, indicó la ministra, es que “nos hace perder talento femenino, pero talento, en definitiva, lo que no nos podemos permitir ni como sociedad ni como Sistema Nacional de Salud”.

En la misma línea, Santiago de Quiroga, presidente-editor de Gaceta Médica, señaló durante su intervención que “no es solo una cuestión de justicia o ética, sino que debemos evitar que se pierda ese talento en una sanidad que requiere de todos los recursos disponibles”. Además, agradeció a la ministra su implicación y su asistencia al evento, “ya que es la primera vez que se aborda con voluntad política el tema de la

brecha de género en el mundo de la sanidad desde el Gobierno de España”.

### PRINCIPAL EMPLEADOR

La ministra continuó recordando que en el sector sanitario se pueden encontrar términos eufemísticos como “techo de cristal” o “escaleras de cristal”, en referencia a “las barreras que tienen que superar las mujeres para llegar a puestos de responsabilidad”. Y eso, a pesar de que, como recoge el informe, el sector sanitario es el principal empleador del país.

Pero esto es así, ha dicho la ministra, porque “las mujeres tenemos más cargas de cuidados en general”. “Tiene que ver con la conciliación, porque la maternidad trasciende al ámbito laboral, aunque hay que tener en cuenta que esto también les pasa a las mujeres que no tienen hijos”, añadió. Y es que “el sistema sanitario no escapa a la realidad social, a esas estructuras patriarcales y machistas que están en toda la sociedad”.

Por otra parte, explicó la ministra, que “las mujeres sufri-

mos mucho más el ‘síndrome de la impostora’, que consiste en que no nos creemos los logros que obtenemos y colectivizamos rápidamente nuestros éxitos”. Y esto también es un impedimento para llegar a puestos de responsabilidad.

### IMPULSO DEL TALENTO FEMENINO

Según la ministra, aún “queda mucho por hacer, porque tenemos el diagnóstico del problema, pero hay que pensar en qué medidas tomar para cambiar esta situación”. Las causas de esta brecha de género son sociales, culturales y estructurales, “pasa en las familias, en la política y, por supuesto, en el SNS”, señaló García, recordando que hay que poner en marcha medidas como La Ley de Igualdad de 2007, que ya pedía paridad en política y que actualmente está en funcionamiento. “En política cada vez somos más mujeres y eso se nota. El sector sanitario necesita también esa visión femenina desde las jefaturas, las gerencias y las direcciones de servicio”, apuntó.

### EL INFORME

El estudio está elaborado con datos de hospitales y han sido recabados durante los años 2022-2023. Clasificados por género, ubicación territorial, especialidad médica o categoría y hospital.

Los resultados arrojan que, por especialidades médicas, el 61 por ciento de las especialistas de área son mujeres, frente al 33 por ciento que son jefas de servicio, unidad o gerentes. Por tanto, el informe concluye que la tendencia general es que las jefaturas de servicio de los hospitales recaen en su mayoría en varones y, en cuanto a las especialidades, algunas superan el 90 por ciento en cuanto a liderazgo masculino creando lo que se llama la “brecha quirúrgica asistencial”. Por eso es necesario abordar la situación con consenso político, apostando por la conciliación laboral y familiar e impulsando medidas para garantizar la igualdad de oportunidades.

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**

# Oncólogos y políticos piden acelerar el acceso a los fármacos contra el cáncer

La Comisión de Sanidad del Senado ensalza el liderazgo de España en el desarrollo de ensayos clínicos

**IURI PEREIRA**  
Madrid

Oncólogos médicos, representantes de sociedades científicas, federaciones y asociaciones de pacientes, así como de la industria farmacéutica, expusieron en el Senado la situación de los ensayos clínicos en España, un referente mundial en este ámbito. De hecho, es el primer país de Europa en participación y el segundo en el mundo preferido por el sector farmacéutico para llevarlos a cabo, después de Estados Unidos. Pese a este liderazgo, los fármacos oncológicos siguen llegando con retraso a los pacientes, para frustración de los propios enfermeros y de los profesionales sanitarios.

Precisamente, la "frustración" es una de las implicaciones que, según explicó Enrique Ruiz Escudero, portavoz del PP en la Comisión de Sanidad del Senado, supone para España estar "a la cola" en la autorización de medicamentos oncológicos. "Si somos el segundo país en ensayos clínicos, una de nuestras grandes fortalezas, no podemos permitirnos que estemos a la cola a nivel europeo en cuanto a la autorización de medicamentos", lamentó. En 2023, tanto la disponibilidad como el tiempo de espera empeoraron: la disponibilidad pasó del 61 a un 57 por ciento en el último año; mientras que el tiempo de espera para el paciente se incrementó hasta los 611 días de media.

En opinión de Ruiz Escudero, esto tiene una repercusión evidente sobre los pacientes, puesto que se establece una "brecha cronológica" desde que el tratamiento ha funcionado en fase de ensayo clínico hasta que se autoriza. "Con lo cual, los profesionales tienen que buscar todas las posibles alternativas para poder autorizarlo", explicó el ex consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Además, Ruiz Escudero identificó otra implicación, en este caso estratégica para el sector farmacéutico, y es que "determinará dónde elige para hacer un ensayo clínico según el tiempo de autorización del medicamento".



Comparecencia conjunta de oncólogos y representantes de sociedades científicas, federaciones y asociaciones en la Comisión de Sanidad del Senado.

## El incremento de la investigación de fase I y II ha impulsado la 'revolución' de los ensayos clínicos

El portavoz 'popular' optó por establecer "de entrada" una serie de cambios dentro de la Comisión Interministerial de Precios, "independientemente de que luego se modifique la Ley de Medicamento". "Luego a esto, hablábamos del sistema, el impacto que tiene y cuáles son los principios de equidad", detalló. En concreto, Ruiz Escudero entiende la equidad no como el tiempo que tarda un paciente en llegar a un hospital, "sino el tiempo que tarda en acceder a un tratamiento que sea el idóneo para él o para ella".

La situación de los ensayos clínicos en España fue el único punto del día de la Comisión de Sanidad del Senado del 21 de mayo. En una comparecencia conjunta participaron Luis Paz-Ares, presidente de Oncosur y jefe del servicio de oncología médica del Hospital Universitario 12 de Octubre; Pilar Garrido, presidenta de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) y jefa del servicio de oncología médica del

Hospital Universitario Ramón y Cajal; Rafael López, director del Grupo de Oncología Traslacional del Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS) y jefe del servicio de oncología médica del Complejo Hospital Universitario de Santiago de Compostela; Ana Laura Ortega, presidenta de la Sociedad Andaluza de Oncología Médica (SAOM), subdirectora médica y responsable de ensayos clínicos en el servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Jaén; Bernard Gaspar, presidente de la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP); y José María Fernández Sousa, presidente de PharmaMar.

### EQUIPARAR LAS OPORTUNIDADES

Los expertos recordaron que, en 40 años, la supervivencia del cáncer en España se ha duplicado, hasta el 60 por ciento que ahora siguen vivos. Además, un amplio porcentaje de los tumores podría prevenirse erradicando factores de riesgo evitables, principalmente el tabaco. "Tenemos que abolir el tabaco", exclamó Luis Paz-Ares, porque "es la manera de quitarnos de un plumazo el 30 por ciento". En cualquier caso, el especialista recaló que esta mejora es gracias a los ensayos clínicos, una "bala más que metemos en la recámara" y que, además de permitir avances en el conocimiento de la enfer-

medad, supone una "oportunidad adicional" para el paciente que antes no tenía. "El beneficio más importante del ensayo clínico es para el paciente de mañana", añadió. También es una oportunidad para el propio Sistema Nacional de Salud (SNS), ya que la investigación "tiene reflejo en la práctica clínica" e impacta en la calidad de la atención y en la "cultura médica" del hospital y el sistema sanitario.

Un aspecto clave en esta 'revolución' de los ensayos clínicos en España ha sido el incremento de la investigación clínica temprana, la que corresponde a las fases I y II de los ensayos clínicos y conlleva una mayor complejidad científica. Este éxito no está exento de retos y puntos de mejora; el principal, acortar los tiempos y equiparar las oportunidades de los pacientes españoles con las de sus vecinos europeos. "Desde que la EMA aprueba el fármaco hasta que está disponible, a veces es un calvario", lamentó Pilar Garrido, quien demandó que la innovación se aplique a los pacientes "cuando antes y de forma homogénea".

Sobre esta brecha entre aprobación de un fármaco y que sea utilizado por los pacientes, Rafael López subrayó que el principal impedimento es el coste de los medicamentos, por lo que abogó por tribunales independientes que pongan un precio justo si no hay un acuerdo de entrada entre

Sanidad y la farmacéutica, tras una moratoria de seis meses o un año. Por su parte, Ana Laura Ortega insistió en que participar, no sólo cómo reclutadores, sino como decisores permitirá a España tomar una parte más activa en el proceso. "Si dejamos de ser parte del desarrollo de estos fármacos, vamos a perder capacidad de influencia", explicó.

El coste económico global del cáncer, la principal causa de muerte en el mundo, se calcula en 25,2 billones de dólares en 30 años. "Abordar el cáncer es caro, pero no abordar el cáncer es mucho más caro y causa mucho sufrimiento", incidió López. En esa línea, el experto instó a buscar nuevas vías de cribado y ampliar los programas actuales, de cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de cérvix, incorporando, además, tecnologías como la inteligencia artificial o nuevos métodos, como la biopsia líquida. Precisamente, el senador Kilian Sánchez, portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Senado, ha hecho hincapié en que la prevención, los programas de screening y los nuevos tratamientos sólo son posibles con inversión médica. Así, destacó el Plan de Inversiones en Equipos de Alta Tecnología (INVEAT) o la Alianza del PERTE Salud de Vanguardia.

# Sanidad busca servicios de logística para la reserva estratégica de fármacos

El valor estimado del contrato es de más de 10,2 millones de euros y tendrá una duración de 24 meses

**MÓNICA GAIL**

Madrid

El Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó el lunes 20 de mayo un anuncio de licitación del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) para la contratación de "servicios de logística de una reserva estratégica nacional de medicamentos, productos sanitarios y cualquier producto necesario para la protección de la salud, dando respuesta a emergencias de salud pública y crisis sanitarias".

Asimismo, el Ministerio de Sanidad también busca un servicio de "preparación, transporte y entrega del material almacenado en el momento de la adjudicación de la presente contratación, a los almacenes de la empresa adjudicataria" que preste los servicios anteriormente mencionados.

El valor estimado del contrato es de más de 10,2 millones de euros (en concreto, 10.206.611,58 euros) y tendrá una duración de 24 meses. Así-



**El Ministerio busca también servicio de "preparación, transporte y entrega" del material**

mismo, el plazo para presentar ofertas o solicitudes de participación finalizará el 28 de mayo.

## RESERVA ESTRATÉGICA Y CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto lo fundamental que es contar con una reserva nacional de medicamentos y productos sanitarios.

De hecho, César Hernández, director general de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad, recalca en una entrevista con EG que España ya dispone de esa reserva estratégica de fármacos que se compran y "se reservan para diferentes circunstancias".

Sin embargo, lo que se demanda ahora es la "capacidad

de orientar una producción hacia una situación crítica por un incremento en la demanda o por un problema de suministro", es decir, "poder derivar capacidad de producción a lo que necesite", tal y como expuso Hernández.

Y, precisamente, Ana Pastor, ex ministra de Sanidad, secretaria nacional de Sanidad del PP y miembro de la Subcomisión para la Reconstrucción Social y Económica de la XIV Legislatura, apuntó durante la jornada 'Pandemias, Preparación y Respuesta ante Futuros Retos', celebrada en el Senado, que en España "no tenemos una reserva estratégica que garantice que, ante una futura pandemia, podamos autoabastecernos".

"La industria puede apoyar y nos puede ayudar mucho a los que tenemos la responsabilidad de legislar", indicó Pastor. De hecho, el Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica contempla entre sus objetivos reforzar la autonomía estratégica, que incluye la reserva estratégica.

# El Congreso mueve la Comisión de Sanidad al 30 de mayo con la presencia de la comisionada de Salud Mental

**MÓNICA GAIL**

Madrid

El jueves 23 de mayo estaba previsto que se celebrase una Comisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados en la que se debatiesen un total de siete Proposiciones No de Ley (PNL) para abordar diferentes cuestiones: medidas de fidelización para los médicos de Atención Primaria (AP), homologación de títulos extracomunitarios, prevención de VIH e ITS o la reducción de la huella de carbono en el sector sanitario, entre otros.

Sin embargo, la Cámara Baja decidió el día 22 por la tarde desconvocar la reunión por una cuestión de horario: el Pleno del jueves 23 concluiría tarde, según informaron entonces fuentes parlamentarias a Gaceta Médica. Por tanto, los diputados decidieron posponer la Comisión de Sanidad para el próximo jueves, 30 de mayo.

De este modo, se debatirán en la siguiente reunión las PNL

acumuladas y, además, acogerá la comparecencia de la comisionada de Salud Mental, Belén González, que ya estaba fijada para ese día.

## PROPUESTAS SANITARIAS ACUMULADAS

El Partido Socialista, el Partido Popular, SUMAR y VOX tendrán que esperar unos días más para poder debatir y aprobar —en el mejor de los casos— sus iniciativas parlamentarias presentadas.

En concreto, el PSOE registró una PNL acerca de la prevención y atención de las infecciones por el VIH y las ITS, y otra para reducir la huella de carbono en el sector sanitario en España y la recomendación de uso de inhaladores de polvo seco y niebla fina. Precisamente, sobre esta última propuesta, la Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (Fenaer) pidió "priorizar el criterio clínico y que no se pon-



Congreso de los Diputados.

ga en entredicho cualquier terapia respiratoria".

Por su parte, el PP presentó tres iniciativas. Una de las PNL versa sobre la materialización de medidas de atracción y fidelización para médicos en Atención

Primaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Otra está encaminada a mejorar la prevención y la reducción de la obesidad desde los ámbitos sanitario, social y educativo. Y la tercera se trata de una propuesta relativa a

**La Cámara decidió desconvocar la reunión, prevista para el pasado 23 de mayo, por una cuestión de horario**

agilizar desde la calidad y la seguridad la homologación de títulos extracomunitarios de especialistas en Ciencias de la Salud.

La PNL del Grupo Parlamentario SUMAR insta a la consecución de avances reales en el ejercicio del derecho a la educación sexual de las personas menores, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas. Y, finalmente, VOX pide avances reales en el ejercicio del derecho a la educación sexual de las personas menores, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas.

CARLOS CAMPS, coordinador de la Estrategia del cáncer y medicina de precisión de la Comunitat Valenciana

# “Con la estrategia de cáncer, la intención es garantizar equidad en el acceso”

NIEVES SEBASTIÁN MONGARES  
Madrid

A finales de diciembre, la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana anunciaba el nombramiento de Carlos Camps como coordinador de la Estrategia del cáncer y medicina de precisión en oncología. Entre sus principales objetivos se encuentra la elaboración de un nuevo plan en esta materia para la región entre 2024 y 2027. En esta entrevista aborda algunos de los temas clave del plan regional.

**Pregunta. ¿Cuáles han sido los principales avances en la estrategia del cáncer de la Comunitat Valenciana?**

Respuesta. Ha habido mucho trabajo de preparación, fundamentalmente. Tenemos una serie de retos a los que enfrentarnos y el campo de actuación es muy extenso. Al hablar de cáncer se incluyen campos como la pediatría o la hematología; se habla de cribados, prevención, cuidados paliativos, salud mental, diagnóstico molecular... Es un trabajo de poner en común los criterios de todos los agentes implicados para poder avanzar, incluyendo el acceso a tratamientos innovadores o responsabilidades en formación o investigación. Estamos recopilando información y determinando los ítems más importantes para evaluar como determinantes del estado de salud del sistema valenciano desde cada dirección general.

**P. Una vez analizados, ¿Cuáles son los próximos pasos?**

R. La estrategia de cáncer de la Comunitat Valenciana tiene que estar totalmente alineada con la estrategia nacional. Se trata de, según las directrices de la estrategia nacional, ver su aplicación en la comunidad y ver qué resultados se obtienen, detectando las áreas de mejora. Tenemos que construir áreas de referencia para posibilitar el trabajo en red. Esto se está definiendo y se ha dado un paso muy importante, pasando de 24 departamentos a ocho agrupaciones sanitarias interdepartamentales (ASI), lo que facilita la labor de construcción de una red oncológica.

**P. ¿Qué se ha de tener en cuenta para avanzar en esta organización ofreciendo una atención equitativa?**



**El éxito de la estrategia valenciana será una labor de todos, ya que todas las direcciones generales están implicadas”**

R. Hay un aspecto prioritario. El Ministerio de Sanidad ha realizado un primer reparto de fondos para ayudar a la organización de la oncología de precisión en las diferentes comunidades autónomas; en la región valenciana se ha podido orquestar un plan de compra de equipamientos que se han detectado como imprescindibles para completar los ya existentes. También se están designando los nodos, que van a ser los laboratorios que van a dar servicio al resto de hospitales que no dispongan de esa tecnología. Es una cuestión de optimizar y ser coste-eficientes. Estos nodos de alto rendimiento serán los que se responsabilicen de que esas tareas se lleven a cabo de forma correcta y adecuada.

**P. En el marco de esta red, ¿Qué aspectos se deben tener en cuenta en términos de calidad y de equidad?**

R. Hay que determinar cuál es el viaje de la muestra. Toda la parte preanalítica tiene que estar muy bien protocolizada, así como la analítica y post analítica... En paralelo, comprobar que

los resultados de los análisis se encuentran en los mismos márgenes y asegurar que se hace una correcta interpretación con informes comunes. Todo ello lleva un gran trabajo pero es ilusionante porque deriva en resultados óptimos para los pacientes.

**P. ¿Qué especificidades de la Comunitat Valenciana han de tenerse en cuenta para la elaboración de la estrategia?**

R. Cada región en España tiene sus características que hacen que los problemas no tengan exactamente las mismas soluciones. La Comunitat Valenciana se distingue porque su longitud ya que, aunque es poco profunda, es muy larga y Los hospitales grandes se centralizan en las grandes ciudades: Valencia, Alicante y Castellón. Hay seis hospitales grandes, otros 18 pequeños o medianos y estos de menor tamaño no tienen de todo. Los grandes tienen que darles soporte para que el paciente tenga acceso a la misma calidad de atención que un hospital más grande.

**P. En materia de prevención, ¿Qué aspectos que se han de incluir para avanzar en la reducción de las cifras del cáncer?**

R. Aunque la Comunitat Valenciana es pionera en un programa de cribado ejemplar, todo es mejorable. El cribado de cáncer de mama está muy bien implantado en la región, pero necesitamos asegurarnos de que la administración garantice que toda persona que deba pasar por estos programas lo haga. En relación con el cáncer de colon, hay que universalizarlo más; en estos momentos la cobertura, aunque es bastante extensa, no

llega al 100 por cien. En cáncer de cérvix hay que reprotocolizarlo porque estamos viendo un incremento de casos producto de las pruebas y los cambios epidemiológicos. Luego hay cribados en discusión como los de cáncer de próstata o pulmón, con estudios piloto que se van a implementar en al menos dos centros de la región; por el momento son proyectos académicos, pero la consejería quiere apoyarlos.

**P. En enero, el Ministerio de Sanidad ponía en marcha el Catálogo Común de Pruebas Genéticas del SNS. ¿Cómo es la implantación en la región?**

R. La Comunitat Valenciana cumple las pruebas incluidas en el catálogo al 100 por ciento. Con esto nos referimos fundamentalmente a la parte de oncohematología, ya que el resto está por finalizar. Desde la consejería nos hemos preocupado de comprobar que las pruebas del catálogo se pueden realizar.

**P. En cuanto al acceso al tratamiento en cáncer, ¿Qué queda por hacer desde la perspectiva regional para reducir tiempos?**

R. Aunque atañe fundamentalmente al gobierno central, en la consejería valenciana, en 2011, se organizó un grupo que ha pasado a denominarse subcomisión asesora de terapias oncológicas (SAO). Su función es la de asegurar la inmediata incorporación de todos los medicamentos que se aprueban en España; tenemos una fórmula para que, con medicamentos sin alternativa y pendientes de decisión de precio y financiación, podamos agilizar su incorporación mientras se discute el precio.

**P. En los primeros pasos apra**

**designar los Comprehensive Cancer Centers europeos, en la Comunitat Valenciana, el elegido fue La Fe. ¿Esperan que según avance el proceso se incluyan más centros de la región?**

R. Primero, habrán de definirse mejor por parte del Ministerio de Sanidad los procedimientos y criterios de selección de los primero ocho hospitales en España. En la Comunitat Valenciana, con responsabilidad sobre más de cinco millones de habitantes, tampoco se ha definido qué tipo de responsabilidades se han de atender; dudo que un solo centro pueda dar respuesta, ya que no sólo son labores asistenciales, sino también ser foco y guía en temas como investigación. Lo que puedo asegurar es que la Comunitat Valenciana apoyará al máximo cualquier procedimiento que asegure la calidad de los hospitales de la región y su reconocimiento, porque tenemos hospitales que hacen muy buena oncología.

**P. En cuanto a la elaboración de la estrategia valenciana, ¿Cómo avanza? ¿Hay plazos estipulados?**

R. No puedo dar fechas concretas porque la administración tiene sus plazos. Pero puedo asegurar que antes de que finalice el año estará totalmente dibujado el mapa de la asistencia oncológica, tanto a nivel asistencial como de los nodos de diagnóstico molecular. Quiero subrayar es que el éxito de la estrategia será una labor de todos, ya que todas las direcciones generales, desde Investigación hasta Salud Pública están implicadas. Hay un firme apoyo y decisión para desarrollar estos temas, tanto a nivel regional, como nacional y europeo. Nuestra intención es garantizar al ciudadano valenciano una absoluta equidad en el acceso; para eso es fundamental establecer una red que se base en la generosidad y que incluya la asistencia, la investigación y el diagnóstico molecular. Por eso, es fundamental que todas las decisiones estén tomadas por grupos de trabajo donde se debatan los temas, se participe y pueda expresarse la opinión, y que todo esto ayude en la mejora de las acciones que se implementen.

NOTICIA COMPLETA EN  
GACETAMEDICA.COM

# Grupo de trabajo COVID-19: Evaluación de la



## Adaptar la estrategia COVID-19 al contexto actual: mejora de las campañas y mayor diversidad de vacunas

Los miembros del Grupo de trabajo sobre COVID-19 2024 apuntan a la necesidad de incrementar las coberturas

**MÓNICA GAIL**  
Madrid

La vacunación frente a la COVID-19 en España se enmarca actualmente en un contexto epidemiológico muy distinto al de hace unos años, en la fase más aguda de la pandemia. Y es que ahora se ha convertido en una enfermedad endémica y se prevé que continúe así. Pero, a pesar de que la situación epidemiológica es favorable y no supone una emergencia, aún sigue siendo un problema de salud pública que se debe hacer frente a través de la vacunación.

En este sentido, los miembros del 'Grupo de trabajo COVID-19: Evaluación de la campaña de 2023 y áreas de mejora para 2024', organizado por Fundamed con la colaboración de Novavax, coinciden en que es necesario adaptar la estrategia de vacunación o la adquisición de dosis de vacunas a la nueva realidad.

**Una de las ventajas de la campaña actual es la vacunación conjunta de gripe y COVID-19**

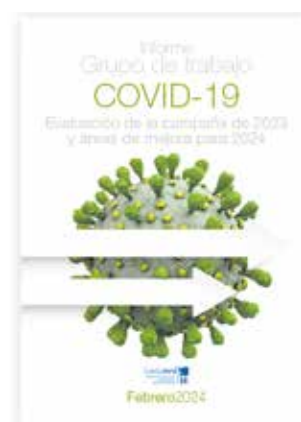
**Es necesario crear sinergias entre sanitarios y SS. CC. para "ir todos a una" con la vacunación**

### ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN: ÁREAS DE MEJORA

Las compañías han ido adaptando sus vacunas a las variantes circulantes. Así, se autorizó el uso de Comirnaty, adaptada a la cepa Ómicron, en agosto de 2023, mientras que Novavax consiguió que su vacuna de proteína recombinante actualizada, Nuvaxovid, estuviera disponible en España en diciembre de 2023.

Sin embargo, las primeras —y únicas— comunidades autónomas que han adquirido Nuvaxovid para ponerla a disposición de los ciudadanos han sido Aragón y la Comunidad de Madrid. Y es que, para la última campaña (2023-2024), el Ministerio de Sanidad apostó por la vacunación con Bimervax, de Hipra, una vacuna adyuvada bivalente, a pesar de que la OMS recomendaba vacunas COVID-19 que protegieran frente a la variante Ómicron.

Actualmente, las comunidades autónomas están adminis-



Portada del Informe del 'Grupo de trabajo COVID-19: Evaluación de la campaña de 2023 y áreas de mejora para 2024'.

trando Comirnaty, tanto a niños como a adultos, y se recomienda la administración de Bimervax para personas de 16 años o más en las que esté indicada la vacunación COVID-19, pero no puedan recibir la vacuna de ARNm por cualquier motivo. Asimismo, se está llevando a cabo la vacunación conjunta de gripe y COVID-19.

Sobre la campaña 2023-24, algunos expertos consideran que ha funcionado mal en general, mientras otros mencionan algunas cuestiones que sí se han desempeñado adecuadamente. Y estos, precisamente, apuntan a que una de las ventajas ha sido iniciar de forma conjunta la vacunación frente a COVID-19 y frente a gripe, que "parece funcionar adecuadamente".

En cuanto a los aspectos de mejora para próximas campañas, los miembros del grupo apuntan a la necesidad de crear sinergias entre sanitarios



# campaña de 2023 y áreas de mejora para 2024



y sociedades científicas para “ir todos a una”, implementar estrategias para vacunar a grupos específicos, incrementar la vacunación oportunista o establecer sistemas de citas eficientes y recordatorios automáticos.

Del mismo modo, señalan que hay que incorporar la mayor variedad posible de vacunas y que lleguen a tiempo a finales de septiembre para poder comenzar las campañas en otoño. Además, la comunicación es fundamental, por lo que instan a desarrollar campañas de información y concienciación que aborden las preocupaciones y mitos sobre las vacunas, así como llevar la educación sanitaria a toda la población general.

## INCREMENTAR LAS COBERTURAS

Finalmente, los expertos instan a incrementar las coberturas vacunales, especialmente en el grupo de población más vulnerables: personas de edad más avanzada, a partir de 75-80 años, y con patologías relevantes, independientemente de su edad.

Aunque las tasas de vacunación son diferentes entre comunidades, la disminución de la adherencia a la vacunación COVID-19 por la pérdida del miedo entre la población, no solo entre pacientes sanos, sino también

entre pacientes vulnerables, es un hecho generalizado.

En concreto, los datos de la campaña 2023-24 arrojan que la cobertura en todo el territorio nacional de los mayores de 60 años vacunadas con vacunas adaptadas a nuevas variantes del virus se sitúa en el 46 por ciento. El porcentaje de personas de entre 60 y 69 años es del 32,3 por ciento; el de personas entre 70 y 79 años es del 52,17 por ciento; y, finalmente, la cobertura en personas mayores de 80 años es del 64,3 por ciento.

Unos datos que son inferiores a los de la campaña previa de 2022-23, según los expertos. Sin embargo, en comparación con el resto de los países de la Unión Europea (UE), algunos miembros del grupo recalcan que España está en buena posición. Aun así, insisten en incrementar coberturas y concienciación de vacunación en profesionales, pero también en pacientes y no únicamente los vulnerables.

## FUTURO DEL PROCESO DE COMPRA

Por otro lado, los expertos valoran positivamente los acuerdos de adquisición anticipada (APA) entre la Comisión Europea y los Estados miembro y apuntan que “han funcionado adecuadamente y han sido realmente útiles” durante la pandemia.

## Los APA fueron útiles durante la pandemia, pero ahora la situación requiere de más flexibilidad

## Hay evidencia del beneficio de las pautas heterólogas; es importante ampliar el abanico de vacunas

Sin embargo, el último APA tiene un horizonte temporal hasta 2027 y los miembros del grupo consideran que “ya no es necesario”, pues la situación actual requiere de una “mayor flexibilidad”.

Sobre la posibilidad de que, a partir de ese momento en que el Ministerio ya no proceda a la compra centralizada y recaiga sobre las comunidades, no saben si ocurrirá, pero lo que sí señalan los expertos es que todo apunta a que durante la campaña 2025-26, las comunidades aún tendrán suministro facilitado por el Ministerio de la vacuna de ARNm de Pfizer, Comirnaty.

En este contexto, los expertos comparten que se debe ampliar el abanico de vacunas a comprar. Así, abogan por diversificar y poder contar con vacunas de diferentes plataformas tecnológicas, como ARNm o proteínas, garantizando que estén ajustadas a la cepa circulante en cada momento.

## DIVERSIDAD DE VACUNAS

“Disponer de una única vacuna o una única plataforma limita la disponibilidad de las mismas en España. No se pueden diseñar estrategias de vacunación en las que no estén implicadas vacunas diferentes a las de ARNm ni las comunidades pueden to-

mar decisiones ajustadas a las necesidades territoriales y de la población”, aseguran los miembros del grupo, quienes consideran que se debería realizar un concurso en el que participen todas las vacunas aprobadas, de diferentes tecnologías.

Contar con todas las plataformas vacunas permitiría ajustar los programas de vacunación para dar una respuesta más adecuada a las necesidades de la población. Además, disponer de una gran variedad de vacunas puede evitar monopolios o desabastecimientos y prevenir caídas de stock por problemas de producción o rotura de la cadena de frío.

Asimismo, existe evidencia científica del beneficio de las pautas heterólogas, es decir, alternar las vacunas de ARNm con vacunas de proteínas para mejorar la inmunidad, ya que emplear siempre la misma puede producir una atenuación de la respuesta inmunitaria.

En este sentido, las vacunas de proteínas conllevan una serie de ventajas. Además de tener un historial comprobado de seguridad, generan una respuesta inmunitaria potente y específica, conllevan una buena adaptabilidad, los requisitos de almacenamiento y distribución son más simples y pueden tener un stock más grande.

# Profesión

## Sanidad penitenciaria: más de 20 años de retraso en la transferencia a las CC.AA.

José Joaquín Antón Basanta (SESP) señala que el incumplimiento de la ley conlleva un déficit de profesionales

**NIEVES SEBASTIÁN MONGARES**  
Madrid

En mayo de 2003 el Boletín Oficial del Estado (BOE) recogía la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Dentro de esta, la disposición adicional sexta, reflejaba que los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias deberían ser transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en un plazo máximo de 18 meses.

Sin embargo, 21 años después sólo tres comunidades autónomas tienen las competencias transferidas en materia de sanidad penitenciaria: Cataluña, País Vasco y Navarra. En abril, la Organización Médica Colegial (OMC) ponía sobre la mesa esta realidad y las consecuencias que conlleva. La entidad lamentaba que su incumplimiento ha derivado en una pérdida continua de profesionales en este ámbito, lo que, a su vez, repercute en un deterioro de la asistencia a la población reclusa.

José Joaquín Antón Basanta, presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), lamenta el retraso en el cumplimiento de la ley, explicando que "existen diferencias entre regiones, sobre todo de recursos". "En un momento como el actual en España, donde apenas hay paro de médicos porque hay mucha demanda, la gente va a trabajar donde mejores condiciones laborales tiene, y en la sanidad penitenciaria competimos con una inferioridad de condiciones importante". "Teníamos una relación de puestos de trabajo amplia, con muchos profesionales que han situado la sanidad penitenciaria española como referente, pero esto ha cambiado".

### FALTA DE PROFESIONALES

La OMC alertaba de la falta de profesionales en sanidad penitenciaria y Antón Basanta coincide en este diagnóstico. "Los que empezamos a hacer crecer la sanidad penitenciaria en su momento estamos práctica-



mente en edad de jubilación", apunta. A esto se suma que no hay relevo generacional ni se están poniendo medios para paliar este déficit de recursos humanos médicos en las prisiones. "En los últimos años se han convocado alrededor de 150-160 plazas de oposiciones y no es que no se cubran, es que no se presentan personas para cubrir ni un 10 por ciento de esta oferta; en la última convocatoria, que había varias vacantes por acumulación de los años, se presentaron sólo 14 personas", lamenta el presidente de la SESP. Asimismo, indica que "como consecuencia de esta falta de profesionales, se ha deteriorado mucho la atención en las prisiones, ya que la atención primaria prácticamente ha desaparecido y en la mayor parte se hace una atención de urgencias, dando asistencia a aquellos internos que lo necesitan".

Entre las diferentes prisiones en España, Antón Basanta expone que también hay inequidades. "Hay algunas que tienen más medios; hay gente muy preparada, que saca adelante el trabajo lo mejor posible porque tienen mucha experiencia y preparación, pero es insuficiente porque humanamente no tienen más capacidad", concreta.

### Antón Basanta lamenta que las prisiones son un ámbito olvidado y muy importante en salud pública

#### TRANSFERENCIA A CC.AA.

El presidente de la SESP recuerda que "hace 20 años que se está advirtiendo de que esto va a ocurrir, y desde la política a diferentes niveles, no se ha hecho nada para cambiarlo". "Nosotros, como sociedad científica, no podemos hacer mucho más que plantear reivindicaciones desde un punto de vista científico, y denunciarnos el deterioro de la sanidad penitenciaria porque lo sufren tanto los profesionales como la población reclusa", asevera Antón Basanta. "Pero para dar cumplimiento a esta normativa hay que tener voluntad", precisa.

Por ello, determina que "es una cuestión de responsabilidad compartida" y que "hay que ver cómo hacerlo, poniendo una fecha límite para definir los detalles de funcionamiento y los económicos, que puede ser el problema principal". "Muchas

veces digo que la inversión en sanidad penitenciaria es un beneficio comunitario; si en la prisión hay una persona con un problema de adicción o salud mental y se encauza, se pueden evitar problemas futuros", señala. También recuerda el papel que ha jugado la medicina penitenciaria en el control de diversas enfermedades. "Si se detecta un caso de tuberculosis y se trata, se evita que cuando el recluso salga, contagie a más personas e incluso se produzca un brote, lo que también se aplica a infecciones de transmisión sexual (ITS); además, la lucha contra el VIH no habría sido posible sin el personal de prisiones o la práctica eliminación de la Hepatitis C, que España es uno de los pocos países que puede decir que la tiene controlada", desarrolla. "Las prisiones son un ámbito olvidado y puede tener mucha importancia en la salud pública", subraya.

#### PRINCIPALES PROBLEMAS

Antón Basanta resalta dos principales problemas que se encuentran en las prisiones españolas: las adicciones y la salud mental. "En cuanto a los problemas de adicciones, en la última encuesta que se llevó a cabo se vio que alrededor del 75 por ciento de los internos que hay en prisiones ha tenido en algún momento problemas con la droga, y el 50 por ciento había consumido el mes anterior o posterior al ingreso, lo que refleja que es un problema de gran importancia", explica. Por otra parte, en términos de salud mental, las condiciones son muy diversas, presentándose algunas más prevalentes como la ansiedad o depresión y también esquizofrenia, trastornos bipolares o delirantes. "La salud mental es un problema in crescendo y se acentúa en las prisiones por el entorno; no hay un estudio reciente que recoja la prevalencia de estas patologías, pero se estima que afecta a un porcentaje de entre el 4 y el 5 por ciento, lo que se traduce en más de 2.000 reclusos", expone. "Está demostrado que estos pacientes son personas que, con un buen control psicofarmacológico no tendrían por qué delinquir ni tener alteraciones conductuales con la familia; si conseguimos reconducir su situación, trabajar la adherencia y la conciencia de enfermedad, quizá se puedan evitar determinados problemas", desarrolla. Pero también, el presidente de la SESP manifiesta que "ahora, con los recursos mermados, es más difícil ya que dependemos de convenios con servicios comunitarios para que manden, en el mejor de los casos un psiquiatra a una prisión una vez a la semana". "Cabe destacar que hay mucha patología dual de adicciones y salud mental, lo que multiplica los problemas", recalca Antón Basanta.

**NOTICIA COMPLETA EN  
GACETAMEDICA.COM**

# BiC<sup>®</sup> 2024

La motivación y el estímulo del Sistema Nacional de Salud

## Un año más galardonando la excelencia sanitaria 19ª edición Premios BestinClass



# Abierto el plazo de presentación de candidaturas

## [www.premiosbic.com](http://www.premiosbic.com)

Organizadores: **GACETA MÉDICA**



Secretaría Técnica: **fundamed**  
fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios

Con el patrocinio de:



# La AEDV destaca los avances en el manejo de la alopecia areata y el cáncer de piel

Durante su congreso anual, 2.200 dermatólogos se reunieron para abordar la complejidad de la especialidad

**FRAN SERRANO ALBA**  
Madrid

El 51º Congreso de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) se celebró en Madrid, con la vista puesta en los efectos del cambio climático, las enfermedades cutáneas y la investigación y terapias. Así, la presidenta, Yolanda Gilaberte, destacó los avances recientes en el tratamiento de la alopecia areata y el cáncer de piel, resaltando el impacto positivo de estos desarrollos en la calidad de vida de los pacientes.

La presidenta, en declaraciones para Gaceta Médica, explicó que la alopecia areata, anteriormente carente de tratamientos efectivos, ha visto un cambio notable con la llegada de nuevos fármacos. "Sobre todo utilizábamos corticoides o algún otro inmunodepresor". Sin embargo, con una mejor comprensión del mecanismo de acción de esta enfermedad, se han desarrollado terapias más específicas, tal y como apuntó. "Ahora que se



Los especialistas Pablo de la Cueva, Yolanda Gilaberte e Isabel Belinchón.

conoce mejor su mecanismo de acción, se están utilizando dos fármacos que inhiben la vía de Jak, que es una de las vías moleculares que están implicadas en muchos tipos de enfermedades inmunomediadas".

Estos medicamentos, 'baricitinib' y 'ruxolitinib', han mostrado resultados prometedores en ensayos clínicos. "La primera evaluación de los ensayos clí-

nicos suelen ser 36 semanas, donde hay algunos pacientes que ya han tenido una recuperación bastante importante con mejorías cercanas al 40 por ciento y que alcanza hasta el 60 por ciento en un año".

## AVANCES Y USO DE IA

En cuanto al cáncer de piel, la presidenta informó de los avances en el melanoma avanzado

o metastásico. "Ahora tienen tratamientos con inmunoterapia y terapias dirigidas que les permiten vivir muchos años", explicó. Así, subrayó que estos tratamientos han permitido a los pacientes "llevar una vida normal durante años".

Además, mencionó los retos asociados con el carcinoma escamoso en pacientes mayores. "La media de edad de estos pacientes es de 80 años, muchos de ellos tienen comorbilidades que hacen muy difícil la intervención". A pesar de ello, "los tratamientos inmunoterápicos y dirigidos están ofreciendo nuevas esperanzas, ya que permiten que esos tumores inoperables, que son muy grandes, puedan reducirse y que el paciente viva muchos años sin su tumor".

La presidenta de la AEDV también incidió en el papel emergente de la inteligencia artificial en la dermatología, destacando su utilidad en el diagnóstico y la selección de moléculas para nuevos tratamientos. "La inteligencia artificial se está

utilizando con algoritmos de diagnóstico muy certeros. Sin embargo, en el establecimiento de tratamientos, por ahora, no los estamos utilizando, siempre seguimos guías clínicas", destacó.

## 51º CONGRESO NACIONAL

El 51º Congreso Nacional de la AEDV, que se celebró hasta el pasado sábado en IFEMA, reunió más de 2.200 dermatólogos y 317 ponentes de hospitales nacionales e internacionales. "Este evento es una plataforma esencial para compartir los últimos avances científicos y debatir sobre los retos actuales", según señalaron los organizadores. En la presentación, Gilaberte comentó que "la dermatología ha ganado una notable popularidad y prestigio entre los profesionales médicos en España, ya que es una de las especialidades médicas más completas y también más apreciadas".

[NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM](https://gacetamedica.com)

# La AEEH lanza una campaña para acabar con los últimos 20.000 casos de hepatitis C

**FRAN SERRANO ALBA**  
Madrid

La European Testing Week es una iniciativa que busca movilizar esfuerzos en toda Europa para la detección, tratamiento y prevención de las hepatitis virales, VIH e ITS. Por ello, la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) ha lanzado una campaña destinada a identificar y tratar los aproximadamente últimos 20.000 casos de hepatitis C aún sin diagnosticar en España. Para ello, utilizarán herramientas novedosas como la inteligencia artificial para erradicar la enfermedad en un plazo de dos o tres años.

El presidente de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), Manuel Romero, explicó, en una entrevista para GM, que esta iniciativa, en la que participan diversas organizaciones científicas y asociaciones de pacientes, "busca concienciar a la población sobre la importancia de hacerse la prueba del



Manuel Romero.

virus, especialmente para aquellos que puedan haber estado expuestos a factores de riesgo".

Romero subrayó que la hepatitis C, una vez detectada, es curable, así "la idea es poner en valor la detección", por lo que ha querido clarificar que "cuando se detecta una hepatitis C, la persona tiene que saber que le ha tocado la lotería". La clave, según comentó, es someterse a un test, ya que la detección tem-

prana permite un tratamiento sencillo y efectivo.

La campaña de la AEEH se ha centrado en la premisa de que cualquier persona, especialmente aquellas con algún factor de riesgo, debe realizarse la prueba al menos una vez en la vida. Romero señaló que "la mayoría de los pacientes que tienen hepatitis C podrían tener algún factor de riesgo", ya que muchas personas no son conscientes de haber estado en estas situaciones, como transfusiones de sangre antes de 1990, consumo de drogas o tatuajes hechos en el siglo pasado.

Sin embargo, también advirtió de que hay una parte de la población que no presenta estos factores y que podría tener la enfermedad. "Por eso aconsejamos que todo el mundo se haga la prueba, al menos una vez en la vida", enfatizó. De esta forma, la franja de edad en la que se recomienda el test es la comprendida entre 40 y 80 años, ya que por debajo de los 40 años, la posibi-

lidad de tener hepatitis C es "absolutamente excepcional".

## RETOS EN EL SISTEMA SANITARIO

Romero destacó que uno de los grandes retos actuales es encontrar a los "pacientes perdidos dentro del sistema". Se trata de personas diagnosticadas hace años, que no completaron el tratamiento o que no han seguido control médico. "Son personas que tuvieron una hepatitis C en el año 2000 y que, cuando se les hizo el diagnóstico, se vio que la enfermedad era muy leve o se les puso tratamiento, menos efectivos que los de ahora", explicó el presidente de la AEEH.

En cuanto a las estrategias innovadoras para localizar a estos pacientes perdidos, Romero incidió en el uso de algoritmos en grandes bases de datos, tal y como lo han presentado en Sevilla este mes. "Un abordaje de cribado de detección de hepatitis C en el sistema basado en la inteligencia artificial", indicó.

Estos algoritmos pueden identificar a los pacientes que tuvieron un test positivo y que podrían beneficiarse de los tratamientos e innovaciones actuales.

Además, Romero ahondó en la importancia de la colaboración con instituciones y asociaciones para llegar a poblaciones vulnerables, algo que ya está en marcha, pues han contactado con ayuntamientos, asociaciones de pacientes y ONGs para "poder acceder a todos ellos", un compromiso de la AEEH en la eliminación de la hepatitis C.

## AVANCES Y RECONOCIMIENTO EN LOS HOSPITALES

La AEEH también busca reconocer a los hospitales que han hecho esfuerzos significativos en la lucha contra la hepatitis C, como el Hospital Torrecárdenas de Almería que recibió esta certificación de calidad esta semana. Romero detalló que los hospitales han solicitado obtener esta acreditación de calidad en la eliminación de la hepatitis C, un reconocimiento que ya ha sido otorgado a 20 centros sanitarios y que tiene a otros 20 en proceso de certificación.

[NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM](https://gacetamedica.com)

# REPUTACIÓN CORPORATIVA

Aportando valor en salud

RSC N105

## Cumbre de Chipre sobre Agenda Verde

# Kyriakides pide desarrollar resiliencia climática e integrar el enfoque 'One Health' en todas las políticas de la UE

La comisaria de Salud europea apunta que el cambio climático es un desafío de salud global prioritario que requiere de un esfuerzo común

**MÓNICA GAIL**  
Madrid

La crisis climática y la amenaza que supone para la salud humana es uno de los desafíos más "apremiantes" a los que se enfrenta el mundo entero. Así lo recalcó Stella Kyriakides, comisaria de Salud de la UE, durante su intervención en la Cumbre de Chipre sobre la Agenda Verde.

En este sentido, Kyriakides expuso que Europa se está calentando "dos veces más rápido" que el resto del mundo. De hecho, según la última evaluación del riesgo climático publicada por la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA), el año 2023 fue el más cálido jamás registrado. Asimismo, el informe confirmó su impacto en la población de Europa: uno de cada ocho europeos vive en zonas potencialmente propensas a inundaciones fluviales y alrededor del 30 por ciento de la población del sur de Europa se enfrenta a un estrés hídrico permanente. "Las cifras hablan por sí solas: en 2022, Europa perdió más de 60.000 vidas a causa de devastadoras olas de calor", agregó.

Por ello, aunque se han llevado a cabo numerosas acciones a través del Pacto Verde Europeo, "brújula que guía nuestro trabajo en este ámbito", según Kyriakides, se debe continuar. Y, en este



Stella Kyriakides, comisaria de Salud de la Unión Europea.

problema. "La Universidad de Chipre ha realizado una investigación a través de Horizonte Europa que confirma los graves impactos de las sequías en la salud", expuso. Y mencionó algunos de los efectos adversos para la salud como consecuencia de la exposición al calor: estrés por calor, deshidratación, trastornos del sueño, hipertensión y estrés mental, especialmente entre la población más vulnerable.

Además, la contaminación del aire causa enfermedades respiratorias como asma y

bronquitis, así como problemas cardiovasculares, siendo este el mayor riesgo para la salud ambiental en Europa. Y el aumento de las temperaturas y los cambios en las condiciones ambientales y climáticas se traduce en un incremento de patógenos y enfermedades transmitidas por vectores.

Así, declaró que "ahora es el momento de actuar". "No tenemos tiempo que perder; por eso, conferencias como esta, al reunir a todos, nos ayudan a crear conciencia sobre un tema que muchos aún no se han dado cuenta y que nos está afectando a todos y cada uno de nosotros", aseveró. Por tanto, afirmó que la Cumbre supuso la "oportunidad de discutir este nuevo desafío de salud global para unirnos al esfuerzo global".

**"Necesitamos identificar los riesgos, mejorar nuestra preparación y afinar las políticas; de lo contrario, pagaremos los daños"**

contexto, la comisaria de Salud de la UE apuntó que "desarrollar resiliencia climática" es parte de ese proceso. Asimismo, instó a integrar el enfoque 'One Health' (una sola salud) en todas las políticas. "Necesitamos identificar los riesgos, mejorar nuestra preparación y afinar las políticas; de lo contrario, pagaremos los costos de los daños más adelante", aseguró.

#### Una crisis en aumento

"El cambio climático no hará más que aumentar la exposición de las personas a condiciones climáticas extremas, inundaciones, sequías y escasez de agua, con graves consecuencias para la salud", señaló Kyriakides.

En este sentido, puso el ejemplo de Chipre, donde conocen "demasiado bien" este

**La contaminación del aire causa enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y el aumento de temperaturas, un incremento de patógenos**

Edita:



Para más información: [rsc@wecare-u.com](mailto:rsc@wecare-u.com)

Con la colaboración de:



# Actualidad

## Medio ambiente, social y gobernanza

# El cumplimiento de los criterios de ESG, prioridad para ROVI

El Consejo de Administración de la compañía supervisa que se integran estos principios

La compañía ROVI integra en su gestión y actividad diaria los criterios de ESG (medio ambiente, social y gobernanza, por sus siglas en inglés). Para garantizar que estos se cumplan, la estrategia y política en este ámbito corresponde al máximo órgano de gestión de la compañía: el Consejo de Administración. Son sus miembros quienes supervisan y garantizan la aplicación de forma transversal de estos principios en la cultura de la compañía.

Esta labor de integración de los criterios ESG comienza desde arriba, evaluando la propia composición del Consejo de Administración; es este órgano quien vela por el compromiso con la diversidad, la cual atraviesa edad, género, cultura, conocimiento o experiencia, entre otros. En concreto, la política de ROVI dentro del Consejo de Administración se basa en que sus miembros cumplan las necesidades del mismo (en base a un análisis pre-

vio) y que, además, se realice una selección de candidatos que valore la diversidad, por el enriquecimiento que esto aporta en la toma de decisiones. Así, en el Comité de Dirección, en 2023 había un 69 por ciento de hombres y un 31 por ciento de mujeres, cifra que supera en 11 puntos porcentuales a la media de las empresas del IBEX-35. En el Consejo de Administración, de las siete personas que lo conforman, tres son mujeres, lo que se traduce en un 42,86 por ciento. Además, parte de la remuneración de los Consejeros Ejecutivos del Consejo de Administración de ROVI está vinculada a la consecución de objetivos ESG.

### Ejercicio 2023

Desde ROVI indican que para el ejercicio 2023, los objetivos cualitativos se materializaron a través de tres puntos: la modificación y actualización del 'Protocolo para la prevención y tratamiento de los casos de acoso en el trabajo y acoso sexual en el



**Los códigos internos de conducta y políticas de ROVI integran los criterios de ESG para asegurar su aplicación**

Grupo ROVI; la compensación de emisiones de CO2 en la compañía y la realización de auditorías internas sobre el cumplimiento del Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica.

Asimismo, ROVI incorpora los aspectos ESG a través de sus códigos internos de conducta y dentro de las políticas corporativas se establecen unos principios

que pretenden actuar como guías comunes en los ámbitos social, ambiental y de gobernanza.

Cabe destacar que ROVI es miembro del Pacto Mundial de Naciones Unidas, alineando la visión de la compañía, haciendo conscientes a todas sus áreas del impacto de su actividad de negocio en el bienestar social y la atención a los pacientes.

## SOSTENIBILIDAD DE LA INDUSTRIA

# El Congreso rechaza dos PNL sobre la emisión de gases y la descarbonización

Dos PNL para el desarrollo de la industria Net Zero y el despliegue de medidas para acabar con la descarbonización de la industria, propuestas por PP y PSOE respectivamente, han sido rechazadas en la Comisión de Ciencia del Congreso. Ambas propuestas versaban sobre la sostenibilidad de la industria en nuestro país, en línea con las políticas europeas puestas en marcha para reducir la emisión de gases de efecto invernadero y para la descarbonización de la industria,



Comisión de Ciencia en el Congreso de los Diputados.

**Ambas propuestas versaban sobre la sostenibilidad de la industria en España, en línea con las políticas de la UE**

con la reducción del uso de combustibles fósiles.

### PNL sobre industria Net Zero

La propuesta del PP, fue registrada el pasado 20 de marzo con la con el objetivo de alinearse con la propuesta Europea, que tras la Comunicación sobre el Green Deal Industrial, lanzó el Proyecto de Reglamento para el desarrollo de la industria Net Zero.

En su PNL, la formación expone que es esta una iniciativa clave que tiene como finalidad el desarrollo y la fabricación de tecnologías limpias en la UE.

### PNL del PSOE

Por su parte, el PSOE ha presentado su propia PNL para el despliegue de medidas que ayuden a la descarbonización de la industria, cuya defensa ha corrido a cargo de la parlamentaria Cristina López. En su discurso ha defendido la necesidad de desplegar estas medidas porque "el cambio climático es una realidad ineludible que afecta a la sociedad y a la economía". Es urgente, ha dicho, "que reduzcamos la emisión de los gases de efecto invernadero y fomentemos un desarrollo industrial sostenible".

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**

Debido al incremento de temperaturas

# Las olas de calor aumentan el riesgo en el transporte de pacientes críticos

El experto Argudo, apunta a patologías cardíacas y respiratorias como las más propensas

**FRAN SERRANO ALBA**  
Madrid

El aumento de las temperaturas está generando preocupaciones en el ámbito de la salud, especialmente en el transporte de pacientes críticos, debido a los riesgos que presentan los traslados exteriores en episodios de calor extremo, tal y como explicó el especialista intensivista del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, Eduard Argudo, uno de los mayores expertos de España en traslados de pacientes muy graves. Así, advirtió sobre los riesgos de las olas de calor en enfermos de patologías crónicas como las cardíacas y respiratorias.

El especialista incidió en que estas patologías son las más propensas a descompensarse debido al calor extremo. Además, señaló la importancia de adaptar todos los servicios sanitarios para enfrentar esta nueva realidad climática, haciendo hincapié en la necesidad de conciencia y protocolos claros. "El golpe de calor es una emergencia médica. El cuerpo pierde su capacidad de autorregularse, la temperatura se eleva por encima de 40 grados y eso conlleva la afectación de todos los órganos. Es crucial identificar y tratar esta patología crítica lo antes posible", según desarrolló Argudo en relación a su temprana atención.

En una entrevista para Gaceta Médica, este destacado miembro del Grupo de Trabajo de Transporte Crítico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) compartió su perspectiva sobre este tema de gran importancia por los riesgos crecientes de las olas de calor en España y subrayó los riesgos que el cambio climático presenta para la



Eduard Argudo, especialista intensivista del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

**"El golpe de calor es una emergencia médica ya que el cuerpo pierde su capacidad de autorregularse"**

**En entornos cada vez más cálidos, los golpes de calor pueden desencadenar complicaciones graves**

salud de los pacientes más vulnerables, sobre todo en el caso particular de los traslados exteriores.

"En el transporte exponemos a los enfermos a las temperaturas exteriores, tanto por frío como por calor. Y aunque las ambulancias, por ejemplo, suelen estar siem-

pre climatizadas, si se queda al sol durante media hora en plena ola de calor, puede llegar a temperaturas interiores en la cabina asistencial que pasen de los 40 grados y esto puede repercutir en los enfermos", según insistió este experto en transporte de enfermos críticos.

En cuanto a los helicópteros, "no todos tienen un sistema de climatización", por lo que esos cambios de temperatura "también influyen y repercuten en los enfermos". Así, "el enfermo sale del entorno controlado, que supone estar en un hospital para meterse en un entorno donde hay menos exposición, donde hay mayor exposición y eso puede llevar a mayores riesgos". Por tanto, Argudo enfatizó en la necesidad de tomar medidas para evitar complicaciones relacionadas con el calor durante el transporte, en especial en el caso de los pacientes críticos.

**Atender un golpe de calor**

En entornos cada vez más cálidos, los golpes de calor pueden desencadenar complicaciones graves, incluso fallos multiorgánicos que re-

quieran atención en la UCI, no solo en los casos de enfermos críticos. "El problema con el calor, al final, es que puede descompensar patologías crónicas, sobre todo a nivel cardíaco y respiratorio. No es lo mismo estar a 20 grados en casa que a 40 o 45 grados, con lo que eso conlleva a nivel físico", tal y como apuntó sobre esta incidencia con una mortalidad cada vez más elevada.

Para atender a este tipo de pacientes, los intensivistas se centran en conseguir bajar la temperatura corporal. "El enfriamiento debe iniciarse lo antes posible allí donde se encuentre el paciente y continuarse de forma activa hasta controlar la temperatura. Debe basarse en medidas como la inmersión en agua fría y la vaporización de agua fría, que son las más efectivas. Además, es importante dar soporte a todos los órganos que fallan, por lo que estos pacientes generalmente requieren intubación, conexión a ventilación mecánica invasiva, fármacos vasoactivos y terapias de reemplazo renal", continuó el especialista.

Asimismo, Argudo recordó que debido a su estado, los enfermos críticos podrían estar incapacitados para comunicar su malestar. "Un paciente crítico, sedado y conectado a máquinas, siempre tiene mayor exposición a los cambios de temperatura. No tiene capacidad para comunicar si tiene calor o sed. La conciencia la tenemos que tener todos nosotros, los que nos dedicamos a tratarlos, para evitar que esto les repercuta", tal y como enfatizó el especialista.

**La importancia de abordar la emergencia climática**

Eduard Argudo destacó "la importancia de abordar la emergencia climática", por lo que anticipó que en su participación en el Congreso Nacional de la SEMICYUC, abordaría sus efectos y su impacto en los pacientes críticos. Su objetivo fue el de concienciar a sus compañeros sobre la urgencia de reconocer y tratar adecuadamente los golpes de calor, subrayando "la rapidez en la atención" como un factor crucial para la supervivencia de los pacientes. Ante esta "patología creciente", concluyó indicando la necesidad de que la comunidad médica esté preparada para adaptarse y responder de manera efectiva a este desafío.

El LIX Congreso Anual de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), se celebró este año en Barcelona. Desde el domingo 12, hasta el miércoles 15, este encuentro de intensivistas abordó las últimas innovaciones en el ámbito de la medicina intensiva, bajo el lema 'Tecnología sostenible al servicio del paciente crítico'. Además, discutieron y reflexionaron sobre la importancia de un enfoque sostenible ecológicamente en la atención médica.



## I+D

# MSD pone en valor el papel de los pacientes en los ensayos clínicos

La compañía incluye en su web una sección sobre los estudios puestos en marcha

La compañía MSD continúa firme en su compromiso con la investigación y la I+D, remarcando el papel fundamental que representan los pacientes para los ensayos clínicos. Además, y coincidiendo con el Día de los Ensayos Clínicos, que se celebra cada 20 de mayo, MSD incorpora en su web una nueva sección dedicada a ellos, que ya está visible para los pacientes.

Esta sección es de acceso libre para pacientes y población general e incluye información actualizada sobre los ensayos en los que participa la compañía, además de información sobre cómo participar. Por otro lado, contiene preguntas frecuentes relativas a los estudios, así como recursos de utilidad y calidad para los pacientes.

Con esta acción y en línea con su compromiso con la investigación, MSD quiere poner en valor la importancia de los ensayos clínicos, fundamentales para poder

cambiar el curso de la historia y mejorar la salud.

A nivel global ha consolidado un año más una importante inversión en ensayos clínicos y en I+D, con más de 21.800 empleados dedicados a esta área y una inversión superior a los 30.500 millones de dólares en 2023. En España, según el último informe del Plan Profarma, en 2022 se destinaron 109 millones de euros a proyectos de I+D, lo que supuso un incremento de un 13 por ciento respecto al año anterior.

“Estos datos reflejan el compromiso de MSD con el avance científico y la investigación de vanguardia. Y no solo a nivel global sino también en España, ya que nuestra filial es la primera en Europa en número de ensayos clínicos y participantes en dichos ensayos. MSD en España cerró 2023 con 183 ensayos clínicos en marcha en Fase I-II-III, un 8,3 por ciento por encima del año anterior”, aseguró Lourdes López-Bravo, directora ejecu-



**A nivel global ha consolidado una importante inversión en ensayos clínicos y en I+D, con más de 21.800 empleados dedicados a esta área**

tiva de Operaciones Clínicas de MSD en España.

En esta línea, la compañía investiga en una amplia variedad de áreas terapéuticas, como Oncología, Vacunas, Cardiometabólico, Infecciosas, Virología y Endocrinología. También se sitúa en la primera línea en la lucha contra emergencias globales con la primera vacuna contra el Ébola, que obtuvo la aprobación ampliada por parte de la Comisión Europea para

niños que han cumplido un año de edad en septiembre de 2023.

#### Amplio pipeline

La compañía tiene un amplio pipeline enfocado a tratar de dar respuesta a las necesidades médicas no cubiertas. Actualmente, MSD dispone de una sólida cartera de moléculas en investigación, que incluye 80 programas en Fase II, más de 30 en Fase III y más de 10 en revisión.

## SOSTENIBILIDAD

## Las unidades de anestesia clínicamente neutras, el futuro de la especialidad

La transversalidad marca el paso sobre los nuevos retos que debe afrontar la especialidad de anestesiología: unidades de anestesia clínicamente neutras y mejorar la comunicación entre servicios. El Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor Hospital Universitario de Cruces destaca por su excelencia asistencial, siendo el actual ganador del Premio BiC 2023 al mejor servicio en esta especialidad. De hecho, la ministra de Sanidad, Mónica García, en el Congreso Nacional de



**El 36% de las emisiones del hospital corresponden a los gases de quirófanos,**

SEDAR insistió en la importancia de la implementación de la “anestesia verde” en los diferentes servicios y citó los estudios del hospital como referencia en este ámbito. En este sentido, Alberto Martínez Ruiz, jefe de Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor del Hospital Universitario de Cruces explicó que de las emisiones del hospital, el 36 por ciento corresponden a gases que procedían de quirófanos, en concreto protóxido y gases halogenados. Por ello, han eliminado el tanque central

de protóxido (3.500 litros) que generaba un gran impacto y, además “prácticamente no utilizaban”. En cuanto a los gases halogenados, el problema radica en que el paciente no metaboliza el gas y éste se queda en el ambiente del quirófano, por lo que es necesario expeler los gases al exterior. Por tanto, para evitar el impacto de estos gases han implementado unos cartuchos de carbón activo reutilizables, en el sistema de extracción, que captan ese gas impidiendo que salgan a la atmósfera, evitando la contaminación del quirófano y fomentando la economía circular y el ahorro

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**



wecare-u.

# Premios Fundamed & wecare-u 2024



**Ceremonia de entrega**  
Madrid, 18 de junio de 2024. 19:00 h.  
(Asistencia con invitación previa)

Jardines Sede Wecare-u.  
Barón de la Torre, 5 - 28043 Madrid

Convoca:



Apoyan:

ELGLOBAL  
GACETA MÉDICA

Organiza:



wecare-u.

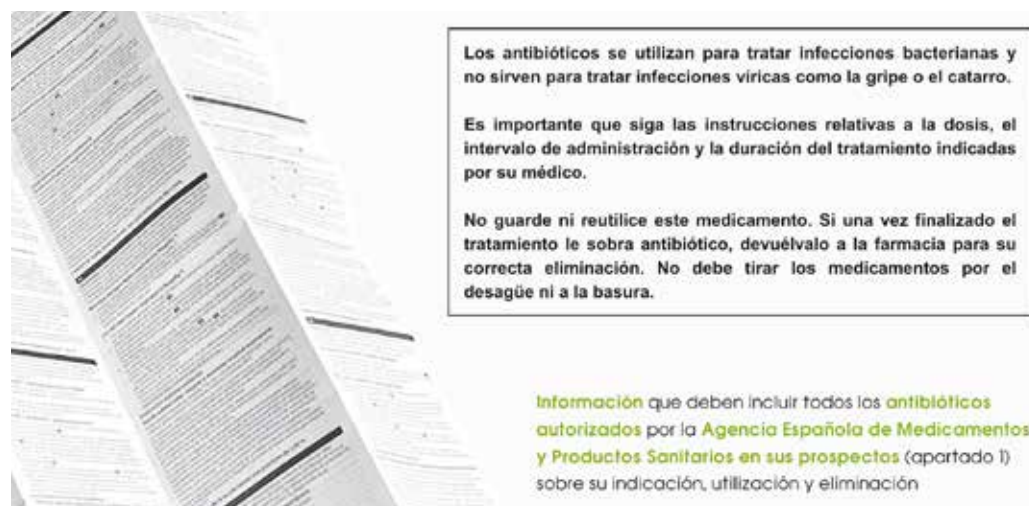
Más información:

[premiosfundamed.com](https://premiosfundamed.com)

Tel.: 670 662 764

[secretaria@premiosfundamed.com](mailto:secretaria@premiosfundamed.com)

# Actualidad



## One Health

# Prospectos contra las resistencias bacterianas

SIGRE contribuye al uso seguro de los antibióticos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el pasado 17 de mayo su nueva lista de patógenos bacterianos prioritarios para 2024, con el objetivo de orientar la investigación de nuevos tratamientos que son necesarios para frenar la propagación de resistencias a los antimicrobianos.

Un "Ponle Freno", como apela la popular y exitosa plataforma ciudadana que promueve una conducción responsable para salvar vidas, es crucial también en este ámbito, ya que solo en España las bacterias resistentes causan 4.000 muertes al año, cuatro veces más que los fallecimientos provocados por accidentes de tráfico.

Por este motivo, es fundamental concienciar a la sociedad sobre un uso adecuado de estos medicamentos, ya que precisamente la causa principal de la resistencia a los antibióticos es su uso inapropiado. Los antibióticos deben ser tomados tan solo cuando sean necesarios y eficaces y siempre bajo prescripción facultativa, para evitar contribuir a esta pandemia silenciosa que puede poner en serio riesgo avances médicos importan-

## El Ministerio de Sanidad ha puesto en valor el papel de SIGRE en la lucha contra las resistencias bacterianas

tes como el trasplante de órganos, la quimioterapia o las cirugías.

El uso adecuado de los antibióticos solo finaliza cuando sus residuos se depositan en el Punto SIGRE de las farmacias. Esta sencilla práctica reduce el peligro que puede suponer el consumo de estos medicamentos sobrantes y evita la tentación de compartirlos con familiares y amigos, además de frenar la contaminación de nuestros ríos y suelos, como ocurriría si los tiráramos a la basura o por el desagüe.

Y es que, como señala el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) coordinado por la Agencia de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el medioambiente

desempeña un papel fundamental en la creación y diseminación de dichas resistencias. Por ello, no es de extrañar que el propio PRAN y el Ministerio de Sanidad hayan puesto en valor el papel de SIGRE en la lucha contra las resistencias bacterianas. Nuestro país puede presumir de ser uno de los pioneros a nivel global en poner en funcionamiento este sistema para la recogida y tratamiento ambiental de los medicamentos sobrantes o caducados, incluidos antibióticos, a través de los Puntos SIGRE que encontramos en las farmacias de toda la geografía española.

Un destino final para los residuos de antibióticos que los prospectos de estos medicamentos ya indican a los pacientes en su apartado I, en negrita y recuadrado: [...] "Si una vez finalizado el tratamiento le sobra antibiótico, devuélvalo a la farmacia para su correcta eliminación. No debe tirar los medicamentos por el desagüe ni a la basura".

Ponerles freno a las resistencias bacterianas está en nuestras manos, cerrando correctamente el ciclo de vida de los antibióticos a través de SIGRE.

## SALUD GLOBAL

# La OMS presenta su informe de resultados con notables logros

El informe sobre los resultados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2023, el más completo hasta la fecha, muestra el logro de hitos clave en materia de salud pública, a pesar incluso del incremento de necesidades humanitarias de salud mundial como consecuencia de conflictos, el cambio climático y brotes epidémicos. Además, el informe hace un llamamiento a favor de un impulso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El informe muestra avances en varias esferas clave, incluidas poblaciones más sanas, cobertura sanitaria universal y protección frente a las emergencias sanitarias.

El informe se publicará antes de la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud de 2024, que se celebrará del 27 de mayo al 1 de junio de 2024. El presupuesto por programas revisado para 2022-2023 fue de USD 6726,1 millones y para su elaboración se tuvieron en cuenta las enseñanzas extraídas de la respuesta a la pandemia y las nuevas prioridades en materia de salud.

A partir de los 174 informes nacionales sobre logros que presentaron el 96 por ciento de las oficinas de la OMS en los países, en el documento se muestran algunos avances hacia la consecución de 46 metas y se subrayan algunos retos.

### Metas de los tres mil millones

"El mundo no está bien encaminado para alcanzar la mayoría de las metas de los tres mil millones y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud", señaló Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS. "Si actuásemos de forma clara y concertada para acelerar los avances, aún podríamos lograr una parte importante. Nuestro objetivo es invertir aún más recursos donde más se necesitan al tiempo que garantizamos una financiación sostenible y flexible", añadió.

Respecto a poblaciones más sanas, la trayectoria actual indica que la meta de que 1.000 millones de personas más disfruten de una mejor salud y bienestar se logre en 2025, debido a las mejoras en la calidad del aire y en el acceso a agua, saneamiento y medidas de higiene.

Por otro lado, un 30 por ciento de los países están avanzando en la cobertura de servicios de salud esenciales y en la protección financiera. Esto se debe al aumento de la cobertura de los servicios relacionados con el VIH. En cuanto a la protección frente a emergencias, la cobertura de vacunación contra patógenos de alta prioridad muestra una mejora, aún no muestra niveles pre-pandémicos.

NOTICIA COMPLETA EN [GACETAMEDICA.COM](https://www.gacetamedica.com)



# En Profundidad

## SEMICYUC

# Medicina Intensiva apuesta por la sostenibilidad y el compromiso social

Los especialistas españoles quieren convertir las UCI en "espacios verdes y amables"

Los Servicios de Medicina Intensiva no son ajenos a la revolución tecnológica. Los algoritmos con análisis y aprendizaje automático, el big data aplicado a la asistencia, las herramientas de simulación o los sensores en dispositivos inteligentes, por citar algunos ejemplos, han llegado para quedarse. Las UCI, los servicios tradicionalmente más tecnificados de los hospitales, se han convertido en espacios aún más punteros. El reto es integrar esta tecnología sin dar la espalda a la sostenibilidad: tanto la medioambiental como la social. Convertir los Servicios de Medicina Intensiva en espacios verdes y amables es el nuevo objetivo de la especialidad; y cómo lograrlo, es el gran debate que plantean intensivistas de toda Europa. España no es ajena a este movimiento, y prueba de ello es que 'Tecnología sostenible al servicio del paciente crítico' es el lema del LIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

### Sostenibilidad

"Los intensivistas no somos ajenos a las necesidades de sostenibilidad de nuestra sociedad. Nos sumamos a nuestros colegas europeos en la planificación de Servicios más comprometidos con el medio ambiente, pero, además, damos un paso al frente para liderar unidades en las que la organización sea más humana", indica Carola Giménez-Esparza, presidenta de la SEMICYUC. "Esta sostenibilidad social es clave, con el bienestar del paciente, los familiares y el personal sanitario en el centro. En Barcelona trazaremos líneas de trabajo para unificar criterios y avanzar en una calidad asistencial empática que no descuida ni los avan-



ces tecnológicos ni la lucha contra los desafíos actuales: infecciones multirresistentes, síndrome post-UCI, paciente crítico oncológico, etcétera", prosigue.

"El cambio climático es uno de los mayores retos para la salud pública y la seguridad global. Aunque el sistema sanitario juega un papel fundamental en el mantenimiento de la salud de la sociedad, también es un factor contribuyente al daño medioambiental. Las UCI concretamente consumen cantidades importantes de energía, generan grandes cantidades de residuos, principalmente debidos al material de un solo uso; y los pacientes críticos necesitan una cantidad muy relevante de tratamientos farmacológicos. Debemos desarrollar nuestra labor con intervenciones que reduzcan su impacto ambiental, siempre manteniendo los niveles de alta calidad de cuidados y tratamientos", explica Ricard Ferrer, presidente del Comité Local del Congreso y Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona).

### Impacto ambiental

El desarrollo de la inteligencia artificial, la humanización de

**El reto es integrar esta tecnología sin dar la espalda a la sostenibilidad: tanto la medioambiental como la social**

**El desarrollo de la inteligencia artificial, la humanización de los servicios o la simulación como herramienta imprescindible forman parte de un programa científico que también quiere analizar el impacto medioambiental**

los servicios o la simulación como herramienta imprescindible forman parte de un programa científico que también quiere analizar el impacto medioambiental de la práctica diaria. De hecho, de este Congreso saldrá el primer documento de propuestas por la sostenibilidad medioambiental de las UCI, al que han aportado propuestas especialistas de toda España.

La Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) estará presente en el Congreso Nacional de la SEMICYUC con una delegación de lujo. Su presidente electo, Jan de Waele, ofrecerá una conferencia sobre los desafíos en el uso de los antibióticos en las UCI, así como participará en una mesa redonda junto a eminentes intensivistas de toda Europa. Además, desde Latinoamérica y Estados Unidos llegarán también a Barcelona intensivistas del Consejo Directivo de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Intensiva (FEPIMCTI), con su presidente el Alfredo Matos; el presidente electo de la Federación Mundial de Cuidados Intensivos (WFICC), el Javier Fernández; y Joseph Nates, presidente de la Red Mundial de Investigación de Cuidados Críticos Oncológicos (ONCC-

CRNET), que abordaran el reto del paciente oncológico crítico a ambos lados del Atlántico.

### Congreso Nacional

"El Congreso Nacional de la SEMICYUC vuelve a ser el nexo de unión de intensivistas de Europa y América. En Barcelona, de hecho, tendremos la oportunidad de contar con los máximos representantes de las Sociedades Europea, Panamericana y Mundial de Cuidados Intensivos. Esto es un síntoma claro de la relevancia que ha alcanzado el intensivismo español en el plano científico e investigador internacional, tanto en lo referente a estudios, publicaciones y registros como al desarrollo de programas globales", afirma Giménez-Esparza.

El LIX Congreso Nacional de la SEMICYUC tendrá lugar del 12 al 15 de mayo en el Centro de Convenciones Internacional de Barcelona (CCIB). Coincide con el XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), por lo que la capital catalana acogerá a cientos de profesionales sanitarios de los Servicios de Medicina Intensiva de todas las provincias.

# El CGE denuncia que la mitad de las CC. AA. no tienen categorías específicas

Sólo los servicios de salud de seis regiones diferencian todas las especialidades de Enfermería

**FRAN SERRANO ALBA**  
Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) ha lanzado una Guía sobre Especialidades de Enfermería que denuncia la falta de homogeneidad en las categorías específicas de esta profesión en las distintas comunidades autónomas. Así, solo Aragón, Illes Balears, Islas Canarias, Extremadura, Región de Murcia y Comunitat Valenciana diferencian las cinco especialidades de Enfermería — del Trabajo, Familiar y Comunitaria, Pediátrica, de Salud Mental y Geriátrica—, además de la Obstétrica-Ginecológica, regulada en todo el territorio estatal bajo la denominación de matrona.

Así, el CGE ha advertido que las plantillas de las administraciones “constituyen un elemento básico para la planificación y gestión de los recursos humanos”, por lo que se encuentran formadas por “el número de efectivos precisos para cubrir las necesidades organizativas y asistenciales”. De esta forma, han explicado que las diferentes categorías “condicionan la incorporación y acceso de los profesionales a los puestos de trabajo de los centros en el grupo y subgrupo de clasificación profesional correspondiente”, según han querido resaltar.

A pesar de ello, han incidido en que el hecho de que estén creadas las categorías, “no quiere decir que existan plazas creadas en las plantillas de personal, ni que éstas ya creadas estén ocupadas por especialistas”. Por ello, han revisado la situación en todos los servicios autonómicos de salud para observar la situación de diferentes categorías profesionales, según recoge el gráfico.

Tal y como se observa, un gran número de comunidades autónomas no tienen categorías específicas, por lo que agrupan a todas las que no pertenecen a la Obstétrica-Ginecológica en una genérica de Enfermería Especialista. Asimismo, en algunas comunidades como Cataluña o Navarra, el CGE no ha obtenido datos de ninguna otra categoría especializada. Además, Ceuta y Melilla, al no contar con competencias propias en Sanidad dependen directamente del Ministerio de Sanidad, se encuentran a la espera de concluir el proyecto de una Orden Ministerial que regule estas especialidades.

## Categorías profesionales de Enfermería por comunidades autónomas

	Enfermería Obstétrica-Ginecológica	Enfermería del Trabajo	Enfermería Familiar y Comunitaria	Enfermería Pediátrica	Enfermería de Salud Mental	Enfermería Geriátrica
<b>Andalucía</b>	Sí	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Sin datos
<b>Aragón</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Principado de Asturias</b>	Sí	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general
<b>Illes Balears</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Islas Canarias</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Cantabria</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sin datos
<b>Castilla-La Mancha</b>	Sí	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general
<b>Castilla y León</b>	Sí	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general
<b>Cataluña</b>	Sí	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
<b>Extremadura</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Galicia</b>	Sí	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general
<b>Comunidad de Madrid</b>	Sí	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general
<b>Región de Murcia</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Comunidad Foral de Navarra</b>	Sí	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
<b>País Vasco</b>	Sí	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sí	Sin datos
<b>La Rioja</b>	Sí	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general	Cat. general
<b>Comunitat Valenciana</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Ceuta y Melilla</b>	Sí	En fase de proyecto	En fase de proyecto	En fase de proyecto	En fase de proyecto	En fase de proyecto



Fuente: Elaboración propia con datos recogidos del Consejo General de Enfermería.

Gaceta Médica

### NECESIDAD DE NUEVAS ESPECIALIDADES

Actualmente, estas seis especialidades —de las siete contempladas en el Real Decreto— están incluidas en la formación por el sistema de residencia (EIR). Sin embargo, el secretario general del CGE, Diego Ayuso, resaltó, en declaraciones a Gaceta Médica, “la falta de homogeneidad en el reconocimiento y la implantación de especialidades” en las diferentes CC. AA.. Por ejemplo, “la especialidad

pediátrica no está reconocida en todas las regiones, limitando las oportunidades laborales de los profesionales formados. En el caso de la Familiar y Comunitaria, a pesar de ser atractiva por su vocación y autonomía en el trabajo, no está disponible en todo el territorio”.

Ayuso también destacó “la necesidad de ampliar el número de especialidades en enfermería para adaptarse a las nuevas demandas de la sociedad”. Así, subrayó que las actuales “son

insuficientes”, por lo que exigió “establecer un modelo enfermero actualizado” al señalar que la especialidad médico-quirúrgica lleva 19 años bloqueada. De esta forma propuso “la creación de tres o cuatro nuevas especialidades para cubrir todas las áreas emergentes en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”.

Por último, en geriatría, señaló “la poca relevancia y oportunidades en el SNS”, a pesar del envejecimiento de la población, por lo que criticó “la falta de uni-

dades geriátricas hospitalarias”. Así, pidió que estos enfermeros especialistas “deberían ocupar roles clave en la gestión de residencias de mayores”. Además de ello, abogó por un plan gradual para aumentar el número de especialistas y su reconocimiento profesional, con el objetivo de que todas las comunidades autónomas “cuenten con las categorías necesarias”.

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**

# GM dirigida por...

MARCOS PAULINO HUERTAS, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER)

## “Es clave que la administración se implique para incentivar plazas de difícil cobertura”

N.S.M./S.P./A.R.G./F.S.A./F.R.S.  
Madrid

Entre el 7 y el 10 de mayo Gran Canaria acogió el 50 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Y precisamente, en este encuentro, Marcos Paulino Huertas, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital de Ciudad Real, asumió la presidencia de la entidad. En una visita a la sede de Gaceta Médica, el especialista repasa la actualidad de la especialidad.

**Pregunta. Hace apenas unos días que tomó posesión como presidente de la SER. ¿Cuáles son las líneas de trabajo prioritarias que va a seguir?**

**Respuesta.** Llevo apenas unos días y estoy muy orgulloso de estar al frente de la SER. En España según datos de EPISER, de 2016, uno de cada cuatro adultos de más de 20 años tiene una enfermedad reumática. Esto supone que 11 millones de personas que están afectadas por ello; además, es la principal causa de jubilación por enfermedad y la primera de discapacidad. Todo esto genera unos costes sociales y laborales inmensos. Hay que poner en valor que los profesionales son muy importantes y que hay que potenciarlos porque pueden resolver muchos problemas. También podemos ayudar a la sostenibilidad del sistema con la innovación y las herramientas necesarias.

**P. Con este volumen de pacientes, ¿Cómo definiría la situación de los recursos humanos en España?**

R. Tengo una especial sensibilidad con la falta de reumatólogos. Estamos viviendo, no sólo en reumatología, un momento difícil por las jubilaciones que se están produciendo en medicina con la generación de profesionales de los años 60, que han superado a los reumatólogos que están terminando en las facultades, a pesar de que ha aumentado sustancialmen-



**Los reumatólogos podemos ayudar a la sostenibilidad del sistema con la innovación y las herramientas necesarias”**

te el número de reumatólogos que ofertan las consejerías de sanidad. Pero no es suficiente. Por ello, hay zonas que se están quedando sin reumatólogos y no sólo hospitales comarcales, sino hospitales universitarios, de capitales de provincia, que están infradotados en cuanto a personal. Estamos valorando cómo homogeneizar la atención y que los pacientes reumáticos reciban las mismas oportunidades independientemente del lugar en que residen.

**P. ¿Qué retos se marca al frente de la sociedad durante los próximos dos años?**

R. Además de la visibilidad y asegurar que hay profesionales, quiero abrir la SER a un relevo generacional. En el congreso

era llamativo la gente joven que había y estos profesionales, con todo lo que ha cambiado la especialidad en estos años, son las promociones mejor formadas de toda la historia de la reumatología. Por ello, hay que darles su lugar y que tomen el testigo de los que llevan más años. En este sentido, también es muy importante seguir dando herramientas de formación y excelencia a los reumatólogos, sobre todo en el campo de las enfermedades autoinmunes sistémicas, porque son las más complejas.

**P. ¿Qué importancia tiene el abordaje de enfermedades reumáticas en unidades especializadas, como los CSUR de enfermedades autoinmunes sistémicas o consultas monográficas?**

R. En algunas enfermedades, especialmente las más complejas y aquellas que son menos frecuentes, necesitamos que los profesionales tengan un expertise importante. De tal manera que este tipo de consultas son clave; permiten atender a los pacientes con más tiempo y aplicar protocolos. Asimismo, el personal de enfermería de estas consultas lleva a cabo un seguimiento más cercano de los pacientes, evitando complicaciones e ingresos innecesarios.

**P. Durante el congreso, se incidió en la importancia de la detección precoz. ¿Qué queda por hacer en los circuitos asistenciales para diagnosticar cuanto antes este tipo de patologías?**

R. Lo más importante es una perfecta comunicación y coordinación con atención primaria (AP) porque son la puerta de entrada al sistema. Estas enfermedades son la segunda causa de consulta en medicina de familia y si la atención primaria está infradotada, faltan recursos. También formar enfermeras especializadas en paciente reumático y que puedan filtrar ellas los pacientes de primaria e identificarlos. Y una tercera opción es a través de la inteligencia artificial; estamos desarrollando sistemas y protocolos, para que detecten en los volantes de los médicos de familia volcando todos los datos, una serie de ítems o palabras clave, que permitan inmediatamente localizar a este paciente con una enfermedad grave reumática.

**P. La innovación ha marcado un punto de inflexión en las enfermedades reumatológicas inflamatorias. ¿Qué impacto se está viendo en enfermedades inmunomediadas?**

R. Yo hice la residencia cuando empezaban los tratamientos

biológicos y biotecnológicos de ingeniería molecular, fundamentalmente para artritis reumatoide y las espondiloartritis, entre ellas, la artritis psoriásica. Después del desarrollo terapéutico en inflamatorias se está viendo un enorme pipeline de tratamientos innovadores en enfermedades autoinmunes sistémicas. Lo que viene son tratamientos para el lupus, vasculitis, miopatías inflamatorias... es muy importante porque eran enfermedades un poco huérfanas de tratamiento. En el caso del lupus, salió un medicamento biológico y llevaba 50 años sin salir nada; recientemente ha salido otro y hay más en ensayos clínicos en Fase II y Fase III de nuevas moléculas con nuevas dianas. Por tanto, vamos a cambiar el paradigma del tratamiento de las enfermedades autoinmunes sistémicas, vamos a prevenir el daño y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, que eran los más complejos que teníamos hasta ahora.

**P. ¿En qué punto se encuentra la investigación de las CAR-T como tratamiento para el lupus? ¿Es viable para todo tipo de pacientes?**

R. En los congresos y en los simposios se están publicando una serie de casos de terapia CAR-T en pacientes con enfermedades autoinmunes, sobre todo con lupus, y la respuesta está siendo espectacular. Son tratamientos que ahora mismo se están centrando en casos muy refractarios y complejos porque este tipo de terapias necesitan de un aparataje y de un personal específico y conllevan un coste muy alto. En el uso de CAR-T es fundamental la colaboración de los servicios de hematología, porque son los que tienen la experiencia. Es una terapia innovadora con resultados espectaculares, pero es compleja de manejar y se espera que sea útil para un grupo de pacientes seleccionados con enfermedad especialmente grave.

**P. Cada vez existen más estudios que confirman los beneficios del ejercicio en diferentes**

# la Sociedad Española de Reumatología

## patologías. ¿Qué papel juega la actividad física en fibromialgia? ¿Existen otras enfermedades reumatológicas que obtengan beneficio?

R. En el caso de la fibromialgia se ha visto que, pese a que hay que adaptarlo a los pacientes, las personas con esta enfermedad que realizan fundamentalmente ejercicios aeróbicos, como pilates adaptado, aquagym o yoga terapéutico, se encuentran a medio y largo plazo en mejor situación que aquellas que no hacen nada. Además, está demostrado que el ejercicio físico tiene un componente antiinflamatorio, que va a regular y reducir el número de brotes en las enfermedades reumáticas inflamatorias. En nuestra página web tenemos el programa Reumafit, que hemos realizado de manera multidisciplinar e interdisciplinar para realizar ejercicio físico específico para cada enfermedad reumática. El ejercicio físico permite evitar el riesgo cardiovascular, el sobrepeso y la obesidad o mejorar el tono muscular, de tal manera que va a mejorar el equilibrio y va a reducir las caídas y, por tanto consecuencias como fracturas.

## P. En cuanto al ejercicio de la profesión y teniendo en cuenta que usted ejerce en Ciudad Real, ¿A qué retos se enfrentan los servicios de Reumatología de provincias con población más dispersa?

R. En nuestra web tenemos una bolsa de trabajo que, en este momento, cuenta con 86 plazas disponibles entre medicina pública y privada, la mayoría, contratos a largo plazo. Incluso había plaza para jefe de servicio. Cuando tienes tantísimas plazas disponibles, las capitales de provincia o las comarcas resultan menos atractivas para la gente joven.. Es clave que las administraciones se impliquen y que la sociedad civil comprenda el problema de falta de médicos, para incentivar las plazas de difícil cobertura mediante becas, beneficios formativos o prioridad en su carrera profesional –que les cuente el doble–, entre otras. Cosas que les sean rentables y atractivas, porque si no, lo que produce es una desigualdad tremenda en función del lugar de donde vivas. Una de mis obsesiones es distribuir mejor los recursos mientras pasa esta época de falta de personal médico.

## P. La Estrategia en enfermedades reumáticas y muscu-

## loesqueléticas (ERYMEs) fue aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 20 de diciembre de 2012 y en 2021 el Ministerio de Sanidad presentó un informe de evaluación de la misma, en el que se incluía un cuestionario para evaluar el abordaje por regiones. ¿Se ha avanzado en la puesta en marcha de las líneas de actuación prioritaria expuestas?

R. La Estrategia se llevó a cabo entre la SER, el Ministerio de Sanidad, diferentes sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Las prioridades continúan estando ahí, el problema es que 'cuesta' implementar la Estrategia. Nosotros estamos siempre a disposición de las autoridades para hacerlo y estamos llevando a cabo reuniones con las Consejerías de Salud. Nos hemos reunido con Asturias, Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía, Baleares... En definitiva, estamos colaborando a nivel autonómico y a nivel nacional para conseguir una atención de calidad a los pacientes con enfermedades reumáticas.

## P. Otro tema que se ha abordado recientemente es el aumento de la incidencia de enfermedades reumatológicas en los niños. ¿Qué podría hacerse para mejorar estas estadísticas?

R. Las enfermedades reumáticas pueden afectar hasta a bebés, no es solamente una cuestión de personas mayores. Uno de cada 1.000 niños tiene una enfermedad reumática inflamatoria. Es un poco chocante cuando ves a un niño con una rodilla

inflamada o porque no puede dormir en toda la noche debido a los dolores. La sociedad es cada vez más sedentaria, hace menos ejercicio y tiene más tendencia al sobrepeso y la obesidad. Por un lado, esto se traduce en que tenemos una mayor sobrecarga en las articulaciones, lo cual puede favorecer la aparición de más lesiones precoces que hace 20 o 30 años y, por otro, que la propia obesidad, el tejido adiposo, es una fuente de proteínas proinflamatorias, de tal manera que hace más fácil el desarrollo de enfermedades reumáticas de esa naturaleza. Respecto al tema de las dietas, la mediterránea para nosotros es fundamental, y los niños y niñas, muchas veces toman dietas que dejan bastante que desear. Si a eso le sumas la falta de actividad física y el aislamiento social, tenemos una tormenta perfecta para un futuro con más enfermos reumáticos.

## P. ¿Qué papel juega la atención multidisciplinar y qué debe hacer el reumatólogo para erigirse como coordinador de recursos en pacientes reumatológicos?

R. Somos muy partidarios de la multidisciplinariedad y de hecho, hacemos cursos conjuntos con todos los especialistas que intervienen en el tratamiento de nuestras enfermedades. Por ello, para ser coordinadores o directores de orquesta tenemos que demostrarlo. Tenemos que dar toda la excelencia formativa y todas las facilidades a los profesionales para que puedan hacerlo con la mayor calidad posible. Por esa razón, dotamos a nuestros reumatólogos de ac-

ceso a una biblioteca virtual extensísima, de asesoría para los profesionales que trabajan más aislado para que puedan consultar a especialistas de referencia, programas de mentorización para dirigir las carreras de reumatólogos emergentes, además de centenares de becas para formarse en los mejores centros a nivel nacional e internacional. Hacemos todo lo posible para crear especialistas de calidad.

## P. ¿Cómo trabaja la SER para asegurar que ofrece a sus asociados los mejores recursos formativos?

R. La SER invierte mucho en formación. Tenemos prácticamente todos los fines de semana cursos de diferentes modalidades porque hay más de 200 enfermedades reumatológicas distintas. El año pasado hubo más de 20 cursos monográficos de diferentes enfermedades, y todos con un gran éxito de asistencia, tanto presencial como virtual y estos quedan en el portal del socio para que se pueda acceder en diferido. También se hacen tres o cuatro simposios anuales y un congreso nacional. Puede parecer que hay demasiados cursos, pero si los profesionales se apuntan, es muestra de que son interesantes y necesarios. Además, hacemos encuestas, preguntamos, intentamos ver los puntos débiles y renovamos la oferta formativa. Mi idea es contar directamente con el socio para ofrecer nuevos cursos y que ellos elijan en qué quieren que se les forme.

## P. En cuanto a la medición de calidad en la atención, ¿Cómo percibís y cómo se ocupa la SER de trasladar y evaluar los modelos asistenciales?

R. Tenemos una unidad de investigación y una de formación y gestión del conocimiento. Tratamos de establecer periódicamente guías y recomendaciones acerca de lo que debemos hacer, con una sistemática de investigación perfectamente establecida. Además, esas guías, las publicamos dos o tres veces al año como mínimo para que sean de ayuda a los reumatólogos y que sepan cómo hacer para enfrentarse a pacientes difíciles. Por otra parte, invitamos a los reumatólogos a formarse en centros españoles cuando son técnicas difíciles de encontrar y damos becas para estancias en el extranjero porque eso va a permitir que cuando vuelvan formen a otros reumatólogos.

Tenemos grupos de trabajo con profesionales superespecializados en algunas enfermedades y les tenemos en cuenta para que den ideas en congresos y simposios. Así, hacemos lo posible para que la calidad que queremos implementar sea extensible a todo el territorio nacional.

## P. A nivel de las administraciones, ¿Hay interés suficiente por la reumatología?

R. Quizá no, pero si observas el número de consultas por lumbalgia en atención primaria, es altísimo. Parece algo más leve, pero puede ser terriblemente invalidante. Y este es sólo un ejemplo. El que lo sufre lo sabe, cuando tienes una lumbalgia, ciática o dolor cervical intenso, te deja sin poder hacer nada, provoca incapacidad laboral y tenemos muchos proyectos para ayudar a la administración a racionalizar y optimizar este tipo de incapacidades.

## P. ¿Y entre la sociedad? ¿Ayudaría un mayor conocimiento a conseguir un diagnóstico más temprano?

R. Así es. Hemos hecho campañas de salud pública a la población general; también, con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para que las oficinas de farmacia detecten que, cuando alguien pide un producto por ejemplo para el lumbago, el farmacéutico le recomiende ir al profesional médico, porque a veces cuando van a la consulta es tarde y puede haber lesiones con consecuencias importantes e irreversibles. También queremos utilizar a nuestros profesionales más sénior, los que nos han transmitido el oficio, para concienciar en centros de salud o colegios para que cale su importancia. Y es que, la mayoría de pacientes no se mueren, pero se sufre mucho a nivel físico y mental. De hecho, hay muchas enfermedades reumáticas que uno de los síntomas capitales aparte del dolor es el cansancio o fatiga y esto genera una mala calidad de vida. Parece que no se le da importancia y realmente limitan mucho el día a día, el trabajo o la vida social. Esto empobrece el desarrollo personal, con costes enormes en salud mental y problemas laborales, entre otros. Por ello, falta concienciar y que estos mensajes lleguen a quienes toman decisiones.



# SEMES celebra la “inminente” creación de la Especialidad de Urgencias

La campaña #CódigoVida, con motivo del Día Internacional de las Urgencias y Emergencias, visibiliza su importancia

**FRAN SERRANO ALBA**  
Madrid

El presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Tato Vázquez, celebró la “inminente” creación de la Especialidad de Urgencias y Emergencias (MUE), así como el papel emergente de la inteligencia artificial en la práctica médica de emergencias. Lo hizo en la presentación de la campaña #CódigoVida, con motivo del Día Internacional de las Urgencias y Emergencias, que se celebra este lunes 27 de mayo, con el objetivo de visibilizar la importancia de esta profesión.

Asegurar un relevo generacional adecuado y garantizar una formación especializada de calidad, es uno de los aspectos destacados por la SEMES. Vázquez explicó que una vez se formalice la especialidad, se ofertarán unas 300 plazas anuales para residentes, si bien ha subrayado la necesidad de incrementar el número a 500 plazas para el año 2026, en declaraciones para GM.



Elena Plaza, Tato Vázquez y Carmen Camacho en la presentación de la campaña.

La creación de la especialidad, previsiblemente contará con los primeros residentes el año 2025, “dotará a los profesionales de más conocimientos y habilidades para asumir el aumento de pacientes atendidos en estos servicios, que requieren de una atención particular y de la toma de decisiones rápidas para resolver situaciones en muchas situaciones de alto riesgo”, se-

gún relataron desde SEMES. Así, “contar con estos especialistas permitirá, además de una atención más eficiente, una adecuada planificación de los recursos humanos, asegurará el relevo generacional y el fomento de la vocación y garantizará una medicina de calidad”.

Para cerrar la brecha existente y enfrentar de manera efectiva el envejecimiento de los profesio-

nales de urgencias, su presidente señaló que “si formamos desde el año 2026 hasta el año 2030 a 500 residentes anuales, podríamos bajar esa tendencia en cinco o seis años”. Este plan se alinea con el ‘Informe de Necesidades Especialistas 2021-2035’ del Ministerio de Sanidad, que proyecta una disminución en el porcentaje de profesionales mayores de 50 y 60 años a partir de 2032.

A ello se suma la necesidad de resolver la creación de una Especialidad de Enfermería de Urgencias, tal y como expuso Elena Plaza, enfermera de Emergencias y miembro de SEMES. “La enfermería es un eslabón fundamental en toda la atención sanitaria y las habilidades de una enfermera de urgencias y emergencias no se enseñan en la Universidad. Al igual que los médicos de urgencias, somos autodidactas”, según abundó.

## IA EN LAS URGENCIAS

La inteligencia artificial es el otro gran tema de interés para SEMES. En su próximo congreso a

principios de junio, se abordará su aplicación en la medicina de urgencias. “Hay cinco cursos dedicados específicamente a la inteligencia artificial (IA) y luego hay tres simulaciones de realidad virtual”, recordó Vázquez. Estas actividades buscan formar a los profesionales con la creación de escenarios virtuales que simulen situaciones de emergencia en una UVI móvil.

La IA “promete transformar” la toma de decisiones en urgencias. “Un ejemplo claro es la interpretación de radiografías, pues con bases de datos de millones de placas, puede identificar lesiones de forma inmediata, lo que supone una ayuda impresionante”. Además, la inteligencia artificial también mejorará los sistemas de triaje y los diagnósticos diferenciales. “Cuando tengamos desarrolladas estas plataformas, podrán sugerir en base a la información que puede captar directamente”, destacó Vázquez.

[NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM](#)

# El Ramón y Cajal inaugura una unidad pionera de “calidad” del sueño y epilepsia

**FRAN SERRANO ALBA**  
Madrid

El Hospital Ramón y Cajal ha puesto en marcha una nueva unidad pionera dedicada a la “calidad” del sueño y la epilepsia, una iniciativa que promete revolucionar la atención médica en el campo de la Neurología, Neumología y Neurofisiología. Este enfoque multidisciplinar ayudará a los pacientes a tratar su patología con un equipo que abordará distintas áreas para ofrecer un tratamiento conjunto, tal y como explicó su coordinadora, experta en trastornos del sueño, Irene Cano, en una entrevista para Gaceta Médica.

“Desde el punto de vista del paciente, conseguir una unidad funcional única con todos los profesionales de distintas disciplinas trabajando en el mismo sitio ubicado, tanto físicamente como a nivel de gestión. El paciente llega desde Atención Primaria y nosotros valoramos de forma conjunta con todos los profesionales cuál es la prueba



La consejera de Sanidad madrileña, Fátima Matute, y el equipo de la unidad.

indicada”, declaró la especialista en Neumología sobre el enfoque único de la unidad, que promete transformar radicalmente la atención médica en el campo de la neurología y la neumología, primando la atención integral y coordinada.

Cano enfatizó en la importancia del enfoque multidisciplinar de la unidad, pues les permite ofrecer a los pacientes un tratamiento personalizado, sin necesidad de derivaciones entre diferentes especialistas. “Nuestra meta es que los pacientes se

sientan apoyados y comprendidos en todo momento durante su tratamiento. Al unificar todo, valoramos cuál es la prueba específica que necesita ese paciente, con lo cual, acortamos mucho listas de espera, mejoramos la rentabilidad, optimizamos los recursos y mejoramos el diagnóstico, ya que ofrecemos un tratamiento multidisciplinar porque lo valoramos entre todos los especialistas, sin necesidad de una derivación de uno a otro”.

Además de las técnicas diagnósticas convencionales,

la unidad incorporará nuevas prestaciones como la estereoelectroencefalografía y la telemonitorización. En cuanto a los tratamientos, se ofrecerán opciones farmacológicas, dispositivos de avance mandibular y otras intervenciones quirúrgicas. Los trastornos del sueño tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, tanto a corto como a largo plazo.

“Una vez que está el paciente ingresado, se puede hacer una polisomnografía nocturna, que es la manera más completa de evaluar el sueño por la noche. Para evaluar si el paciente tiene una somnolencia excesiva al día siguiente, se hace un test de latencias múltiples del sueño y para la epilepsia se hacen videoelectroencefalogramas. La peculiaridad de esta unidad es que se pueden hacer de forma continuada, el paciente está ingresado durante cinco días continuamente monitorizado y se va subiendo y bajando medicación para ver si tiene crisis en un entorno hospitalario

para poderlas atender y descubrir el tratamiento adecuado. También de cara a cirugías de epilepsia, existe también el videoelectroencefalograma con electrodos intracraneales”, detalló.

Dada la prevalencia tan elevada de los trastornos del sueño, los síntomas de insomnio se sitúan en un 30 por ciento de la población, aunque “hay mucho infradiagnóstico”. Por lo que además de los pacientes ingresados, harán estudios de forma domiciliaria. “Es importante señalarlo, hacemos 23 estudios de sueño (poligrafías respiratorias) cada día de forma domiciliaria. Sería imposible hacerlo solo con pacientes durmiendo aquí”, abundó.

En cuanto a las terapias, en la unidad realizarán somnoscopia inducida, algo que “se hace en pocos hospitales”. Un procedimiento “absolutamente multidisciplinar, ya que en un quirófano se duerme al paciente para que todos los especialistas intervengan”. Según pormenorizó, con el paciente dormido, “se identifica la obstrucción -apnea del sueño- y a qué nivel está. Así, entre todos probamos distintos tratamientos para dar con el adecuado”.

[NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM](#)



# Internistas demandan en el Congreso reactivar la Estrategia de Cronicidad

La SEMI analiza el rol de la Medicina Interna en el abordaje de pacientes crónicos complejos y con multimorbilidad

**IURI PEREIRA**  
Madrid

Reactivar la Estrategia de Cronicidad del Sistema Nacional de Salud, evitar la fragmentación y fomentar la hospitalización a domicilio. Son algunas de las soluciones que plantea la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) a los desafíos que supone la atención a los pacientes crónicos complejos y con multimorbilidad en España, en un contexto de envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida y coyunturas sociales, como el alcoholismo o la soledad no deseada, que contribuyen a que este perfil de paciente sea cada vez más habitual en las consultas del SNS y en los hospitales.

La SEMI celebró en el Congreso de los Diputados su primera 'Jornada sobre el Papel de la Medicina Interna en el abordaje de los Pacientes Crónicos Complejos y con Multimorbilidad', en la que participó la ministra de Sanidad, Mónica García. En su discurso de bienvenida, la presidenta de la sociedad,



De izquierda a derecha, Mónica García, Francina Armengol y Juana Carretero.

Juana Carretero, aprovechó la presencia de la titular de Sanidad para solicitar "la reactivación, más pronto que tarde, de la Estrategia Nacional de Cronicidad y, a través del Consejo Interterritorial, de todas las estrategias regionales de atención a la cronicidad, lideradas desde la Atención Primaria y desde la Medicina Interna como especialistas generales".

Por su parte, García aseguró que su departamento tiene la

intención de "retomar" la estrategia, que se puso en marcha en 2012 y que, a raíz de la pandemia, se ha paralizado. Sociedades científicas y asociaciones de pacientes vienen reclamando su reactivación para que sea el Ministerio quien lidere y coordine el resto de planes regionales. "El problema es que tenemos 17 comunidades y que cada una va a un ritmo diferente. Necesitamos 17 estrategias que dependan de

la nacional. Por supuesto, cada una con las características de cada comunidad autónoma", incidió la presidenta de la SEMI.

La reactivación de la Estrategia de Cronicidad pasa, en opinión de Carretero, por potenciar la Atención Primaria, un nivel asistencial que considera "imprescindible" en el abordaje de los pacientes crónicos complejos y con multimorbilidad. "La atención a la cronicidad no es atender a un paciente cuando ya tiene la patología, es atender a la persona antes de que desarrolle esas complicaciones", recaló Carretero. "Y eso pasa por la Primaria", añadió. En este sentido, tanto la responsable de la SEMI como el resto de participantes en esta jornada abogaron por fomentar la coordinación asistencial, especialmente, con los médicos de Familia, pero también con la Enfermería, que son las "claves del éxito". "Evitemos la fragmentación, trabajemos en equipo dentro de procesos asistenciales integrados y aportemos calidad, porque un paciente no es un ór-

gano, es una persona enferma", instó Carretero.

El encuentro planteó medidas y reivindicaciones que redunden en una mejora en la continuidad asistencial y, por lo tanto, en la calidad de vida de los pacientes que viven con múltiples patologías crónicas. Los avances médicos y el consiguiente aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población implican que las enfermedades se cronifiquen. Actualmente, la esperanza de vida se sitúa en los 84 años, pero para 2050 se elevará a los 87. "Con cada incremento, aumenta de forma exponencial la frecuentación de estos pacientes", subrayó Carretero. Según datos del estudio 'Cronicom', el 60 por ciento de las personas que ingresan en los servicios de Medicina Interna viven con enfermedades crónicas complejas, y el 40 por ciento de ellos perciben dos más enfermedades crónicas de larga definición.

**NOTICIA COMPLETA EN  
GACETAMEDICA.COM**

## El Estudio IBERICAN muestra que el 48% de los pacientes en las consultas de AP padecen hipertensión arterial

**GACETA MÉDICA**  
Madrid

El 48 por ciento de los pacientes que se atienden en las consultas de Atención Primaria en España padecen hipertensión arterial (HTA), según muestra el Estudio IBERICAN, una investigación epidemiológica dedicada a identificar el riesgo cardiovascular y renal de la población española. Así, se calcula que unos 10 millones de personas padecen esta enfermedad y tan solo 3,5 millones están tratados y controlados, lo que la convierte en el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares tanto en España como en el mundo.

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) publicó estos datos por la conmemoración del Día Mundial de la Hipertensión, celebrado el viernes 17 de mayo. Entre sus objetivos, trasladaron a la población la "importancia" de conocer las cifras tensio-



nales para prevenir, detectar y tratar las enfermedades provocadas por la presión arterial elevada, tal y como destacaron en un comunicado.

De esta forma, el coordinador del Grupo de Trabajo de HTA y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN, Vicente Pallarés, advirtió sobre esta inquietud entre los sanitarios. "Cómo médicos de Atención Primaria nos preocupan estas cifras, pero, igualmente, nos reafirman en

nuestro compromiso con la salud de los pacientes", afirmó.

Según el Estudio IBERICAN, los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en población adulta española asistida en Atención Primaria son la obesidad abdominal (55,6 por ciento), la dislipemia (50,3 por ciento) y la hipertensión arterial (48 por ciento). Otro de los aspectos destacables es que la obesidad y la diabetes 'mellitus' fueron, en el

**Los principales factores de riesgo cardiovascular son la obesidad abdominal, la dislipemia y la HTA**

análisis multivariante, las variables que se asociaron con más fuerza a la presencia de hipertensión arterial.

"La medida más eficaz para conocer si tenemos hipertensión arterial es medir nuestras cifras tensionales. Es una medida fácil, no dolorosa y que se hace en las consultas de Atención Primaria de toda España innumerables veces todos los días", destacó Pallarés. Los especialistas médicos realizan esta prevención a través de medidas como AMPA/MAPA que permite conocer las cifras de tensión a lo largo del día y la posible necesidad de tratamiento.

### ESTUDIO IBERICAN

El estudio IBERICAN (Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal) "es el proyecto de investigación más importante sobre morbimortalidad en España", según abundaron en este comunicado. Se trata de "un estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico, observacional y longitudinal", en el que participan más de 500 investigadores y que ha reclutado 8.066 pacientes en los centros de salud de todo el territorio nacional.

"Su objetivo es analizar la prevalencia, incidencia y distribución geográfica de los factores de riesgo cardiovascular en población adulta española asistida en Atención Primaria", señalaron. Los últimos conocimientos en torno a la hipertensión y sus posibilidades terapéuticas jugarán un "papel destacado" en el 46º Congreso Nacional de SEMERGEN, que se celebrará en Bilbao del 2 al 5 de octubre.

# Oncología y FH instan a proteger fármacos esenciales como el cisplatino

Su incentivación podría contribuir a evitar problemas de suministro y su repercusión en los pacientes

**NIEVES SEBASTIÁN MONGARES**  
Madrid

En abril, la Agencia Española del Medicamento y el Producto Sanitario (AEMPS) emitía una alerta informando de problemas de suministro de las diferentes presentaciones de cisplatino de Pfizer, Accord y Hikma. El cisplatino es uno de los 18 medicamentos citotóxicos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye en su listado de medicamentos esenciales. Y es que, este agente quimioterapéutico se utiliza en diversas neoplasias como el cáncer de testículo, cáncer de ovario, cáncer de vejiga o cáncer de pulmón. Asimismo, como consecuencia de los problemas de suministro de cisplatino, también ha habido ofertas con el carboplatino aunque de menor nivel. No obstante, pocas semanas después de emitir este comunicado, enviaron otro actualizando la situación y puntualizando que no era necesario priorizar casos, sino que se podía actuar en situación de normalidad.

Desde la AEMPS explican a Gaceta Médica que son el organismo encargado de tomar decisiones cuando se producen estas tensiones en la cadena de suministro y, también, que si un laboratorio titular de la autorización percibe cualquier restricción anormal está obligado a informar con antelación a la agencia; la AEMPS destaca que las comunidades autónomas también colaboran en la comunicación y detección precoz de estas alertas.

A este respecto, Ana Herranz, vocal en funciones de Farmacia Hospitalaria del Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF) indica que "a nivel hospitalario, en cuanto a las faltas de suministro, hay farmacias centinela que comunican a la AEMPS y la información junto con la que reciben de las compañías farmacéuticas se remite desde la AEMPS directamente a los Servicios de Farmacia Hospitalaria".

## ALERTA Y RESPUESTA DE LA AEMPS

En datos, la AEMPS indica que, a día de hoy, están comercializadas 32.973 presentaciones de medicamentos en España, de las que un 4 por ciento sufre algún tipo de problema en su suministro.



En la gran mayoría de los casos, el problema no tiene repercusión en el tratamiento del paciente por ser de corta duración o contar en el mercado con otro medicamento comercializado con el mismo principio activo y la misma vía de administración; y este ha sido el caso del cisplatino. En palabras de Vicente Guillem, portavoz de la Fundación para la Excelencia y Calidad en la Oncología (Fundación ECO), "ha habido un problema que, afortunadamente, ha sido más teórico que real". "Sí que es cierto que es un problema de desabastecimiento de determinados fármacos y no es nuevo, de hecho, en Estados Unidos es un problema grave desde hace varios años". De hecho, en junio de 2023, la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) realizaba una encuesta de la que reflejaba que el 93 por ciento de los centros oncológicos participantes experimentan escasez de carboplatino, mientras que el 70 por ciento reportaban carencia de cisplatino, entre otros agentes quimioterápicos, en su mayoría genéricos. Por ello, Guillem indica que, dado que "aquí ha empezado ahora y lo 'grave' pueda pasar en los próximos años, las autoridades han de velar porque no se den este tipo de situaciones".

La AEMPS señala que en la escasez del cisplatino han confluído varios factores. La agencia indica que según se confirmó con los laboratorios que comercializan el medicamento en España: la investigación de un defecto de calidad en la fabricación y un traslado de planta que produjo retrasos en los pedidos, así como problemas de capacidad de otra de las plantas de producción que afecta al suministro mundial del medicamento. Por otra parte, apuntan que en ninguno de estos casos se ha referido el precio como causa de estos problemas de abastecimiento.

Pero, aunque por el momento este problema no haya tenido repercusiones graves ni haya llegado a los pacientes, es necesario mantener la cautela. Desde el CGCOF, Herranz recuerda que "actualmente el laboratorio dispone de unidades limitadas", pero señalando que el pedido se efectúa en condiciones normales". No obstante indica que "dado que no está en peligro la falta de medicación, se eliminaron las condiciones de priorización propuestas".

## MEDICAMENTOS ESENCIALES

Respecto a la lista de medicamentos esenciales de la OMS,

Carlos Camps, coordinador de la Estrategia del cáncer y medicina de precisión en oncología de la Comunitat Valenciana, "igual que existe una protección a la innovación, debería haber políticas o mecanismos que protejan los medicamentos catalogados como esenciales por la OMS para garantizar que estén al alcance de todos los pacientes". En este sentido, añade que, "si existen varios medicamentos de una tipología, quizá no deban protegerse todos al mismo nivel, pero sí el que ofrezca mejores resultados".

Por su parte, Guillem expone que "estas alteraciones en el suministro se han dado en los últimos años no sólo con el cisplatino, sino también con carboplatino o 5 fluoracilo, que es otro fármaco altamente usado en oncología". Aun así, el oncólogo remarca que "los pacientes no se han resentido en esta primera ola de desabastecimiento, pero es verdad que se creó cierta situación de estrés sobre todo a nivel de los oncólogos". Precisamente los especialistas jugaron un papel fundamental ya que, como explica Guillem "se intentó solventar el problema y que esta información no llegase a los pacientes ya que, en una enfermedad de este calibre, decirles que quizá no se les pueda administrar la siguiente dosis, les generaría más estrés".

Garbiñe Lizeaga, Grupo Español para el desarrollo de la farmacia oncológica (GEDEFO) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), "los problemas de suministro se llevan arrastrando años y en cáncer más si cabe". Pero, Lizeaga considera que ahora "ha llegado un punto en que las instituciones están empezando a tomar cartas en el asunto y la alerta respecto al cisplatino ha tenido un componente 'positivo' porque la AEMPS ha reaccionado con mucha rapidez a este problema de suministro". No obstante, coincide con Camps y Guillem en que "si la OMS incluye periódicamente medicamentos esenciales a su listado es porque son necesarios en la lucha contra el cáncer, también avalado por las sociedades científicas y todos los agentes que estamos involucrados porque muchos tumores no tienen alternativa terapéutica".

Por todos estos motivos, Guillem considera que las autoridades competentes, en este caso el Ministerio de Sanidad, "debe tomar acciones preventivas, reguladoras y sancionadoras en caso de que fuera necesario, pero lo más importante es que tiene que tener previsto es una de las soluciones pasa por incentivar algunos fármacos que todavía son muy importantes en los tratamientos de pacientes con cáncer".

## IMPACTO EN LOS PACIENTES

La experta recalca que "en este caso la alerta se emitió porque no había la posibilidad de conseguir ningún proveedor de esta formulación, aunque lo más habitual es que se produzcan alteraciones de suministro de la presentación que se suela usar en un determinado hospital". Y esto, precisa Lizeaga, "puede generar grandes problemas de suministro y seguridad".

Asimismo, Lizeaga apunta que "en la farmacia hospitalaria española, está todo automatizado; cambiar un vial por otro significa cambiar los parámetros, los ficheros maestros... lo que puede derivar en problemas de seguridad". "Además, para solventar todo esto, hay que buscar alternativas, parametrizar distintas preparaciones y cambiar los circuitos de prescripción" detalla.

También Guillem explica que desde los servicios de oncología médica se plantearon posibles escenarios de actuación por si la situación empeorase y fuese necesario. "De alguna manera, la situación estaba clara, porque más allá de la información que pueda dar la AEMPS o entidades como la Sociedad Española de Oncología Médica), el propio oncólogo sabe qué hacer con sus pacientes". "Por ejemplo, no puedes no dar carboplatino en cáncer de ovario o de testículo porque tiene un carácter curativo, entonces, si se produjera una situación en la que hay pocas dosis, habría que priorizar los casos curables antes aquellos de paliativos", precisa. "No obstante, lo idóneo es no llegar a esta situación, porque tomar estas decisiones es incómodo como médicos y como personas", concluye.

# Acreditación de las unidades de terapia antitrombótica, “una necesidad”

GM entrevista a Joan Carles Reverter, presidente de la SETH

LUCÍA DE MINGO RODRÍGUEZ

Madrid

La Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH) cumple este año su 50 aniversario. Motivo de ello, GM ha contactado con Joan Carles Reverter, presidente de la Sociedad para conocer cómo ha sido la evolución de la Sociedad en estos años. “Han sido y están siendo una historia de éxito y de servicio”, recalca. “Los inicios fueron difíciles y lentos, pero luego la evolución de los conocimientos y el desarrollo de una personalidad específica ha llevado a un desarrollo exponencial de la hemostasia, y la SETH ha evolucionado en paralelo”, añade.

En la entrevista, Reverter establece como “necesidad ineludible” para la profesión la definición y acreditación propia de las unidades de tratamiento antitrombótico. Además, subraya que los cambios que han habido en el manejo de las enfermedades de la coagulación, tanto las hemorrágicas como las trombóticas “han sido espectaculares”. En esta línea, recalca que al igual que la medicina ha evolucionado, la hemostasia también. “En muchos temas ha sido punta de lanza y pionera en algunos de los avances que luego se han consolidado en otros campos de la medicina”, garantiza.

## NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Según indica el presidente de la SETH, en la actualidad, hay muchas líneas de investigación abiertas en el campo de las enfermedades trombóticas y hemorrágicas y en el conocimiento de biológico de los mecanismos de la hemostasia. “Van desde el desarrollo de nuevos fármacos, tanto anticoagulantes de la familia de los inhibidores de la vía extrínseca como nuevos de terapias no sustitutivas en hemofilias, a la medicina personalizada de los tratamientos. En la investigación básica, “las líneas que están provocando más interés son las del concepto de la inmunotrombosis y la redefinición de cómo funcionan los mecanismos que llevan a una hemostasia fisiológica o patológica”, alega. “En un futuro muy próximo, además habrá que en-



Joan Carles Reverter, pte. de la SETH.

trar en el debate de qué papel ha de jugar la inteligencia artificial en todo ello”, subraya.

Los cambios en la terapéutica de ambas patologías también han sido notables en este medio siglo. En las enfermedades hemorrágicas, Reverter sostiene que “hemos conocido la evolución de los hemoderivados empleados en el tratamiento, la instauración generalizada de la profilaxis en los pacientes con hemofilia grave y la aparición de nuevas terapias como los anticuerpos monoclonales, la terapia génica o los tratamientos no sustitutivos”. En lo que se refiere a la evolución de los tratamientos en las enfermedades trombóticas, “hemos tenido la aparición de las heparinas de bajo peso molecular y de las nuevas líneas de anticoagulantes que permiten cada vez una mayor personalización del tratamiento, la generalización de la profilaxis antitrombótica en los pacientes quirúrgicos y médicos y la definición de nuevos modelos de coagulación ligados a la trombosis”. De hecho, en ambas enfermedades incide en los avances ligados al diagnóstico funcional y molecular.

## CONCIENCIACIÓN SOCIAL

La incidencia se sitúa en torno a los 116 casos por cada 100.000 habitantes, ocupando el tercer puesto como causa de mortalidad cardiovascular, tras el infarto de miocardio y el ictus. “En las trombosis es muy evidente el aumento de la frecuencia de eventos, aspecto ligado al aumento de la edad de la población, al sedentarismo, a no mantener hábitos cardiosaluda-

bles y al aumento de los casos de cáncer, que es un gran factor de riesgo”, afirma. Asimismo, en las enfermedades hemorrágicas lo más destacado, en cuanto a la frecuencia de casos estudiados y tratados, es “la mayor sensibilidad hacia sangrados (antes considerados menores) como el sangrado uterino anómalo, pero que causan una elevada pérdida de calidad de vida”, asegura Reverter. “En España se está en los niveles propios de los países desarrollados en cuanto a incidencia y prevalencia de alteraciones de la coagulación”, confirma.

Haciendo referencia a si la población está concienciada sobre los peligros de estas enfermedades, Reverter informa de que, en general, las enfermedades hemorrágicas mayores, como las hemofilias, son conocidas por la población. No obstante, lamenta que desconocen aspectos ligados a su frecuencia o a lo que realmente representan para los pacientes o para el sistema sanitario. No obstante, el panorama en las enfermedades trombóticas es mejor, dado que, según recalca, “son más conocidas”. Pese a ello, informa de que no la población no asume hábitos que podrían ayudar a disminuir su riesgo.

## FUTURO Y OBJETIVOS

Para Reverter el futuro de ambas enfermedades es “muy prometedor”. “Las innovaciones que se ven venir y la consolidación de los avances recientes marcan un horizonte ilusionante y nos hacen presuponer una atención cada vez mejor a las necesidades de nuestros pacientes”, concluye.

Entre los objetivos principales de la SETH, su presidente destaca la creación de un espacio de colaboración multidisciplinar en el campo de la trombosis y la hemostasia para promover la investigación, la formación y la mejora de la atención los pacientes. “La SETH se encuentra en un momento de evolución, de crecimiento y de diversificación de las actividades”, asevera. Asimismo, indica la expansión de formatos para las actividades formativas y la ampliación de becas y el desarrollo de una revista en colaboración con el Grupo Latinoamericano de Trombosis y Hemostasia”, explica.

## Saber más sobre responsabilidad civil

### ¿Las consecuencias inevitables de intervenciones quirúrgicas son indemnizables?

En esta entrada trataremos un procedimiento judicial iniciado por una paciente, cuya profesión tenía relación con el modelaje y que reclamó por los daños estéticos generados durante una cirugía de hernia epigástrica y por daños provocados durante una cirugía de hemorroides que se efectuó en una misma unidad de acto.

Alegaba la contraparte que ambas cirugías se realizaron sin el correspondiente Consentimiento Informado aplicable de la técnica quirúrgica que se emplearía y los abordajes necesarios para efectuar la misma. Se manifestó únicamente que había firmado el Consentimiento Informado de anestesia y no los correspondientes a las cirugías. Así, a criterio de la parte demandante, la paciente no fue suficientemente informada de que iba a tener una cicatriz que le impediría, según su razonamiento, optar a un trabajo de modelo. Se alegaba igualmente que tampoco era conocedora de que se podía producir una reacción alérgica a Metamizol, que posteriormente sufre y que le produjo edema facial y prurito. Se solicitaban más de 100.000€ en lo que un gran porcentaje se debía al lucro cesante de haber supuestamente perdido el trabajo.

Por parte de la defensa del Doctor, se presentó contestación alegando, entre otros puntos, las patologías previas del paciente; que la obligación del médico es de medios y no de resultados. Asimismo, se manifestó que las intervenciones realizadas no eran de naturaleza estética, sino funcionales, es decir, con objeto curativo; y que estaban correctamente diagnosticadas e indicadas, ajustándose la misma a los protocolos de actuación. Igualmente, se puso de manifiesto que el resultado de la cicatriz no es propio de mala praxis, sino inevitables cuando se hacen este tipo de incisiones obligatorias para la intervención.

Igualmente, se incluyó la existencia de consentimientos informados tanto para la cirugía de hemorroides como de hernia epigástrica, siendo que los mismos fueron entregados y firmados en tiempo y forma, donde constaba

expresamente los riesgos que posteriormente suceden. Se hizo alusión a que la reacción alérgica, aunque es propia de la parte anestésica y, por tanto, no estrictamente de la actuación del profesional especialista en cirugía general y del aparato digestivo, venía contemplada como posible en el propio consentimiento informado anestésico. Este consentimiento contenía la posibilidad de desarrollar reacciones alérgicas, por lo que aparición de la misma de forma intraquirúrgica era una posibilidad conocida por la parte actora, que no tuvo consecuencias para la paciente, inmediatamente estabilizada. Igualmente, se alegó a que ninguna prueba aportada acreditaba el supuesto lucro cesante derivado de la cicatriz.

El Juez determinó que el médico en su ejercicio profesional es libre para escoger la solución más beneficiosa para el bienestar del paciente, poniendo a su alcance los recursos que le parezcan más eficaces en todo acto o tratamiento que decide llevar a cabo, siempre y cuando sean generalmente aceptados por la Ciencia médica o susceptibles de discusión científica, de acuerdo con los riesgos inherentes al acto médico que practica en cuanto está comprometido una obligación de medios en la consecución de un diagnóstico que tiene como destinatario la vida, la integridad humana y la preservación de la salud del paciente. Además, se expuso en la Sentencia analizada que el paciente no probó que la actuación del demandado fuera negligente, ni se probó que no actuara protocolariamente.

Quedó probado que la paciente fue informada adecuadamente de los procedimientos a los que se iba a someter, que la realización de una cicatriz iba irremediablemente implícita a la realización de la técnica de la que la paciente ya era conocedora antes de proceder a intervenir. Se determina en la Sentencia que el cirujano realizó las intervenciones ajustándose a la lex artis ad hoc y a los protocolos aplicables al estado de la ciencia, sin existir ningún tipo de responsabilidad por los hechos trasladados tal y como determinaron los peritos de la defensa.

Consecuentemente, el Juez concluyó desestimó la demanda al no haberse acreditado ninguna negligencia médica, rechazando la indemnización pretendida por la paciente (más de 100.000€), condenando en costas a la parte actora y absolviendo al doctor.

# Investigación

## CAR-T, TILs y células dendríticas: un abanico terapéutico cada vez más amplio en cáncer

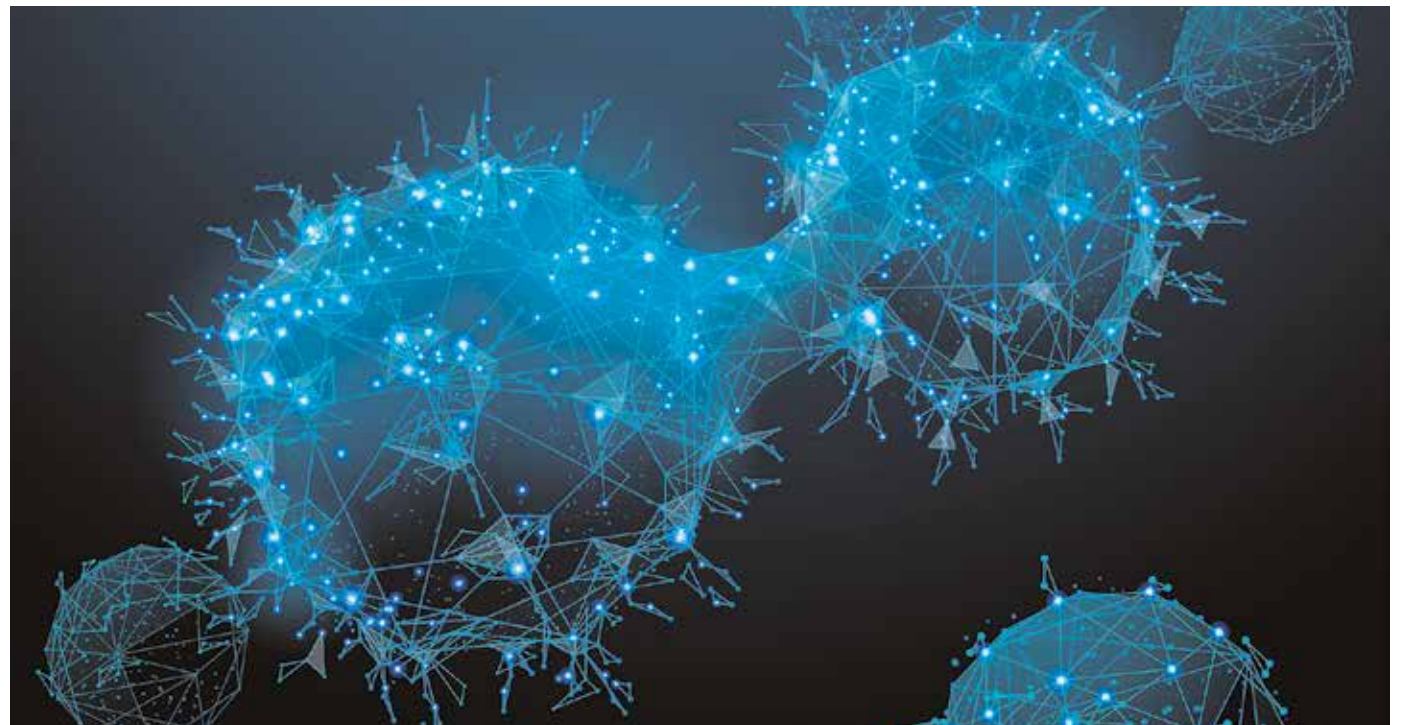
Manel Juan (Hospital Clínic) explica el amplio programa en inmunoterapia que tienen el centro

**NIEVES SEBASTIÁN MONGARES**  
Madrid

La llegada de las CAR-T ha supuesto un cambio de paradigma en numerosos tumores hematológicos. El Hospital Clínic de Barcelona -también a través de sus instituciones asociadas como el Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS)- son punteros en el desarrollo de estas terapias celulares. Además, cuentan con proyectos en terapias como los linfocitos infiltrantes del tumor (TILs) o las células dendríticas.

Como explica Manel Juan, jefe de Servicio de Inmunología en el Hospital Clínic de Barcelona y parte del equipo de investigación, la clave de los avances logrados reside en que "no se ha planteado como un tema de investigación, sino de conseguir que los pacientes tengan opciones de acceso a estos medicamentos o procesos y poder tratarlos con éxito". Desde que comenzasen su programa con la primera CAR-T académica en España, ARI-0001, para leucemia linfoblástica aguda (LLA) el crecimiento ha sido muy significativo. "Este primer proyecto nos ha servido para pensar que, tal y como desarrollamos todos los aspectos preclínicos, lo estamos haciendo bien; ahora tenemos más proyectos en marcha y el problema surge cuando saltamos al paso del ensayo clínico y el proceso de autorización, que tiene muchas dificultades", explica. Aquí, remarca que el principal objetivo que persigue el centro es tratar a los pacientes, y aunque los procesos de autorización son muy largos, existen mecanismos como la exención hospitalaria, que permiten hacer uso de estas terapias.

Después el ARI-0001 llegó el ARI-0002 para mieloma múltiple. "En junio se cumplen dos años desde que enviamos la solicitud de aprobación con todos los datos a la AEMPS y lo último que sabemos es que todavía no hay plazo para recibir respuesta, aunque esperamos que sea



positiva porque los datos son muy buenos y similares a opciones comercializadas", desarrolla Juan. "Con estos tratamientos, se han hecho varios estudios en última línea, cuando han agotado opciones de tratamiento, en rama única, sin rama comparadora; cuando quieres adelantar líneas y tratar antes, tienes que compararlo con el producto y demostrar estadísticamente su aportación", explica Juan. Por ello, su idea es "hacer un estudio comparativo y adelantar líneas".

Asimismo, hace alrededor de dos meses, el Clínic anunciaba el inicio de un ensayo clínico con ARI-0003 para linfoma, y ya avanzan en otros desarrollos para ofrecer a los pacientes con neoplasias hematológicas. También recientemente indicaban que habían acabado los estudios preclínicos con el CAR-T ARI-0007 para tratar leucemia aguda linfoblástica T.

### MÁS ALLÁ DE LA SANGRE

Hasta el momento, los CAR-T han tenido su mayor desarrollo en hematología, pero empiezan a abrirse vías para su investigación en tumores sólidos. "Hay un antígeno en cáncer de

mama, el HER2 y es el primero que queremos probar en tumores sólidos", apunta Juan. Por otra parte, se refiere a que están en estudios preclínicos "para el desarrollo contra un tumor cerebral con un receptor que es la cadena alfa-2 de la interleuquina 3 (IL-13Ra2)". Sobre este último precisa que "ha mostrado efecto y ya se cuenta con parte de la financiación para hacerlo con pacientes pediátricos en glioma difuso pontino junto al Hospital Sant Joan de Déu, ya que se sabe que a dos años estos pacientes no tienen opción terapéutica". "Hicimos en su momento un ensayo con inmunoterapia con estos pacientes, con células dendríticas, y ahora vamos a combinar este producto que generaba inmunorrespuesta con las células CAR".

Para sortear barreras en tumores sólidos, Juan explica que "los estudios se han basado en terapias CAR de baja afinidad, porque si es muy alta, provoca efectos adversos en otras zonas de dispersión, lo que se vio que podía causar efectos adversos graves e incluso se registró un fallecimiento". "La doctora Sonia Guedan y su equipo han desa-

rollado una estructura que tiene menor afinidad y esperamos que tenga una mejor especificidad; tenemos que ver si funciona en cáncer de mama, que son tumores a los que tenemos un acceso y control un poco mejor", indica. A este respecto añade que "una vez se compruebe que funciona en cáncer de mama, se podría pensar incluso en lo que denominamos un CAR-T dual".

### NUEVAS VÍAS

Además el Clínic investiga otras terapias. Unas de ellas, son los linfocitos infiltrantes del tumor (TILs). "Los TILs son importantes a muchos niveles, y estamos trabajando con cáncer de mama triple negativo, que es el de peor pronóstico", destaca Juan. Esta técnica consiste en extraer los linfocitos del paciente, recuperar su funcionalidad y hacerlos crecer en laboratorio, para volver a administrárselos y que luchen contra el tumor. "Aunque está en fases preliminares, los primeros resultados son esperanzadores", subraya el especialista. Sin embargo, se muestra cauto respecto a las TILs destacando "que es una opción que todavía hay que ir mejorando". "Además,

se espera que abra el campo al siguiente paso, ya que el equipo del oncólogo Antoni Ribas en Los Ángeles estaba estudiando con TILs, no sólo creciéndolos sino secuenciando y clonando su receptor de células T, lo que podría derivar en un procedimiento muy dirigido".

Por último, Juan explica que el trabajo del Clínic con las células dendríticas. "Se trata de potenciar la inducción de la respuesta, por lo que en cierto modo serían 'vacunas', aunque a nivel de autoridades regulatorias no podemos llamarlo así". "Lo que hacemos es, con los antígenos de los tumores, inducir una respuesta; por sí solo tiene un beneficio limitado, con una respuesta de alrededor del 20 por ciento de los pacientes", indica. Pero, como explica, "hay datos favorables de que combinar esta opción con TIL u otras inmunoterapias, puede otorgar resultados importantes". No obstante recuerda que, "la regulación exige demostrar seguridad en cada uno de los pasos antes de combinarlos, lo que añade tiempo al proceso".

**NOTICIA COMPLETA EN  
GACETAMEDICA.COM**

# Acreditada la unidad de Terapias Experimentales en Cáncer del San Carlos

Este equipo multidisciplinar es referente en la investigación y tratamiento de todo tipo de tumores sólidos

**FRAN SERRANO ALBA**  
Madrid

La Unidad de Terapias Experimentales en Cáncer del Hospital Clínico San Carlos ha obtenido la acreditación por cumplir con los estándares de calidad requeridos para la realización de ensayos clínicos en fase temprana. Esta unidad, financiada en parte por la Fundación Cris contra el Cáncer, se ha erigido como un referente en la investigación y tratamiento de enfermedades oncológicas en la Comunidad de Madrid, ya que tratan todo tipo de tumores sólidos con un equipo multidisciplinar.

“Llevamos a cabo ensayos clínicos de fase temprana, generalmente de fase 1, la primera vez que un fármaco o una combinación de fármacos se testa en personas”, tal y como explicó el responsable de esta unidad, Jorge Bartolomé, en una entrevista a Gaceta Médica. En cuanto al tipo de pacientes, ha resaltado el importante número de enfermos con cáncer de pulmón durante el año pasado, si bien, han tratado patologías de todo tipo. “En la



Equipo de la unidad de Terapias Experimentales en Cáncer.

unidad de terapias experimentales trabajamos subdivididos por unidades especializadas en cada tipo de tumor para tener a investigadores de cada unidad incorporados”, señaló.

“La atención que podemos ofrecer a los pacientes es de mayor calidad porque los investigadores que participan están familiarizados con esa patología en concreto”, destacó el responsable. Por lo tanto, “se trata de una acreditación de buenas prácticas clínicas, un reconocimiento de que la labor que hacemos en la

unidad está bien hecha, algo que siempre es de agradecer. Trabajamos por el bien de la ciencia y por el bien de nuestros pacientes”, lo que también “valida el compromiso” de la unidad con la excelencia en la investigación y el tratamiento del cáncer, pero también “aumenta las posibilidades de atraer más ensayos clínicos y más propuestas de investigación”, aseguró Jorge Bartolomé.

En cuanto a las técnicas diagnósticas y terapéuticas, en la unidad se ofrecen multitud de

terapias, desde inmunoterapia hasta tratamientos intratumorales. “Tenemos ensayos clínicos de todo tipo como las nuevas modalidades de inmunoterapia, anticuerpos conjugados o tratamientos intratumorales, entre otros”, explicó.

Además, también añadió que la investigación traslacional es otro de los pilares fundamentales de la unidad. “Tenemos un laboratorio de investigación traslacional incorporado dentro de las instalaciones de la propia unidad. Las investigaciones están centradas principalmente en cáncer de mama y ovario, así como en linfocitos infiltrantes de tumores”.

## MÁS DE 20 ENSAYOS CLÍNICOS DESDE 2022

Desde su inauguración en el año 2022, la Unidad de Terapias Experimentales en Cáncer del Clínico San Carlos ha trabajado para ofrecer tratamientos personalizados y novedosos a pacientes oncológicos, así como para identificar biomarcadores que permitan el desarrollo de nuevos fármacos. Con más de 20 ensa-

yos clínicos realizados y más de 80 pacientes tratados, la unidad ha demostrado su “compromiso” con la innovación y la mejora de los resultados terapéuticos, según destacó el ejecutivo madrileño. “Nuestra idea es, por supuesto, seguir expandiéndonos. Somos una unidad pequeña, surgimos en pleno periodo de pandemia COVID, con todas las dificultades que eso conllevaba”, apuntó Bartolomé sobre los planes de crecimiento de la unidad.

Asimismo, sobre los siguientes pasos, subrayó la inauguración de una unidad pionera en España dedicada a la Química Computacional, enfocada al diseño de nuevas moléculas. “Nuestro objetivo final sería completar todo el ciclo, ser capaces de diseñar una nueva molécula, hacer todo su desarrollo preclínico en el laboratorio, posteriormente en animales y, finalmente, ser capaz de incorporarla a personas en ensayos clínicos propios. Todavía es un objetivo ambicioso, falta mucho para eso, pero creo que tenemos que aspirar alto”, concluyó.

# El 12 de Octubre halla por qué el glioblastoma es más agresivo en hombres que en mujeres

**ANDREA RIVERO GARCÍA**  
Madrid

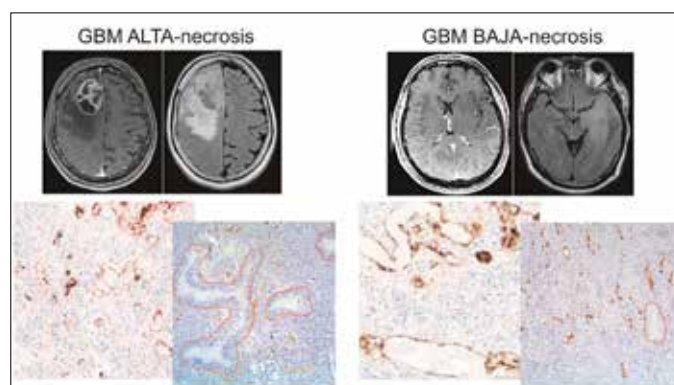
Investigadores del Hospital 12 de Octubre han identificado la causa que provoca que un tipo de tumor cerebral maligno, conocido como glioblastoma, sea más agresivo y provoque menor supervivencia en hombres que en mujeres. La diferencia se debe a la necrosis o muerte de las células tumorales, que desencadena una reacción inflamatoria caracterizada por la infiltración de la célula mielóide supresora (MDSC). Las MDSC están más presentes en los hombres ya que, en su caso, la necrosis e inflamación que produce el tumor es mucho mayor.

En el estudio observaron que cuando el tumor genera necrosis se liberan sustancias que activan el reclutamiento del sistema inmune. En el caso de los hombres, se produce una mayor necrosis, lo que genera un microambiente más tóxico y una respuesta inflamatoria más agresiva por parte de las células inmunitarias MDSC. Estas células, que se producen en la médula ósea, tienen la capacidad de suprimir la función de ciertos componentes del sistema inmunitario y, en lugar de atacar al tumor, facilitan su crecimiento.

Según Berta Segura, postdoctoral del Grupo de Investigación de Neuro-Oncología del Instituto de Investigación del Hospital 12

de Octubre i+12, las diferencias en la incidencia y la agresividad de los diferentes tipos de cáncer entre sexos son ampliamente reconocidas, pero en la mayoría de los casos no se ha llegado a entender la causa como para establecer un tratamiento específico. “El glioblastoma es el tumor cerebral maligno más frecuente y es un buen ejemplo de ello. En ese contexto, el objetivo de este estudio era investigar los procesos tumorales que explican estas diferencias en función del género”, indicó.

El origen de los glioblastomas más agresivos en el grupo de hombres se debe a la falta de capacidad del tumor para generar vasos sanguíneos funciona-



Cerebro con alta necrosis a la derecha y con baja necrosis a la izquierda.

les, lo que impide la llegada de oxígeno y nutrientes necesarios para las células, provocando así la necrosis tumoral.

## RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los investigadores también analizaron el efecto terapéutico del tratamiento con Bevacizumab en una cohorte retrospectiva de 36 tumores, teniendo en cuenta las diferencias de sexo. Este medicamento inhibe la molécula VEGFA, que está implica-

da en el proceso de generación de vasos sanguíneos tumorales. Aunque Bevacizumab ha tenido resultados positivos en otros tipos de cáncer, no ha demostrado ser efectivo en prolongar la supervivencia en los casos de glioblastoma. Sin embargo, sí mejora la calidad de vida del paciente al reducir el déficit neurológico y la cefalea.

**NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM**

# La oncología vive una “desescalada” de terapias, pero éstas son más eficaces

Una jornada conjunta de Gilead y la CUN abordó las nuevas vías de estudio en el manejo del cáncer

**ANDREA RIVERO GARCÍA**

Madrid

El campo de la oncología está en constante cambio y evolución gracias a los rápidos avances en investigación y tecnología. Estos están dando lugar a nuevas y más efectivas formas de prevenir, diagnosticar y tratar el cáncer, lo que ofrece a los pacientes una mayor esperanza de vida y una mejor calidad de vida. En este sentido, la Clínica Universidad de Navarra (CUN), junto a su Cancer Center y a Gilead, celebró la jornada de formación “Cátedra Gilead de Innovación en Oncología”.

A lo largo de este evento se expuso una visión general del campo de la oncología, desde la actual situación en España y en el mundo, pasando por los avances científicos y analizando las necesidades emocionales y sociales de los pacientes, sobre todo de aquellos que sufren un cáncer metastásico.

Antonio González, director del Cancer Center de la CUN puso sobre la mesa los datos que se manejan actualmente sobre la enfermedad. “El cáncer sigue y va a seguir siendo un problema de salud mundial. Se diagnostican al año 20 millones de pacientes en todo el mundo y de estos, aproximadamente la mitad fallecen, cerca de 9,7 millones”. A pesar de estas cifras, el especialista destacó que la mayoría de los tumores que se diagnostican son prevenibles. “El cáncer de pulmón, que afecta en un importante porcentaje a hombres y mujeres, se puede prevenir, al igual que el cáncer de cervix en el caso de ellas”, indicó.

Los últimos datos revelan que en 118 países el tumor más habitual en hombres es el de próstata; sin embargo, el ránking de mortalidad lo lidera el de pulmón. En el caso de las mujeres el cáncer de mama es el más común en 88 países, aunque en algunas zonas, como Estados Unidos y el norte de Europa, la tendencia ha cambiado y el primero ha pasado a ser el cáncer de pulmón. Aun así, la mayor mortalidad por cáncer en mujeres sigue siendo por cáncer de mama. “A pesar de ello, la buena noticia es que la mortalidad por cáncer viene disminuyendo desde los años 90”, puntualizó el experto de la CUN.



## CAMBIOS EN EL MANEJO DEL CÁNCER

En la actualidad el manejo del cáncer no se entiende si no es multidisciplinar. Según explicó el director del Cancer Center de la CUN, “esto es lo que más ha cambiado en los últimos años y es lo que hace que cada paciente reciba el mejor tratamiento con mayor probabilidad de curación. No solo en cuanto a las sesiones multidisciplinarias que se realizan para tratar cualquier enfermedad y escoger el mejor tratamiento, sino también como parte asistencial, de investigación y de formación en cáncer”.

Otro de los cambios que ha hecho que el abordaje sea diferente es, precisamente, entender que hay muchos tipos de cáncer y que, además, dentro de cada tipo hay otro subtipo en función de las mutaciones y la expresión de genes. Esto hace que la oncología se haya vuelto más compleja de lo que ya era y por lo que un oncólogo necesita de la ayuda de otros especialistas, como los patólogos o psicooncólogos, para que sus pacientes sean tratados de forma integral.

## HETEROGÉNEOS Y DINÁMICOS

César Rodríguez, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) fue el encargado de exponer uno de los puntos más complejos y extensos de la jornada: la investigación oncológica. “El presente del abordaje del cáncer es irregular

porque estamos en un momento donde dependiendo del entorno en que nos movamos, del tipo de tumor y del tipo de centro, tenemos la percepción de que en unos lugares este presente es más sofisticado y se aproxima a lo que llamamos medicina personalizada de precisión. Sin embargo, en otro tipo de escenarios todavía esto es un reto, aunque realmente es hacia donde vamos”, aseguró Rodríguez.

El especialista insistió en que el modelo que se ha estado siguiendo hasta ahora, fundamentalmente macroscópico, se está quedando atrás porque en la actualidad ya no basta solo con técnicas de imagen que muestren el tamaño tumoral o la afectación ganglionar, aunque aún son importantes. “Hemos pasado de lo macroscópico a lo microscópico, que sería lo que se hacía en los servicios de patología, para dar lugar a lo que es la oncología molecular”, subrayó el presidente de SEOM.

El cáncer por definición es una entidad clínica heterogénea, incluso en etapas iniciales del desarrollo del tumor. “Si yo pongo una imagen de expresión de genes en diferentes tipos de cáncer de mama se verá que nada tiene que ver la expresión de un cáncer de mama luminal frente a un cáncer de mama de tipo basal”, señaló Rodríguez, que añadió que “los tumores son heterogéneos, hay tumores que ya son intrínsecamente resistentes a algunos tratamientos, otros

que van a ser sensibles y otros que son muy inmunógenos, cuyo abordaje se va a beneficiar mucho si estimulamos el propio sistema inmune”.

Además de la heterogeneidad, el cáncer se caracteriza por ser dinámico. “A medida que lo sometemos a presiones terapéuticas, iremos seleccionando clones resistentes y esto hará el abordaje más complicado. Irán creciendo aquellos con resistencia intrínseca, otras serán adquiridas, etc.”, señaló Rodríguez, que puntualizó que hay que monitorizar y hacer un seguimiento constante de estos cambios, algo en lo que la biopsia líquida juega un papel fundamental.

## MEDICINA DE PRECISIÓN

Para poder abordar una enfermedad tan compleja es esencial optimizar la mayor cantidad de conocimiento y rentabilizar técnicas de diagnóstico y tratamiento. Según César Rodríguez, “la medicina de precisión ya se encuentra presente prácticamente en todas las comunidades autónomas. Hay planes de medicina de precisión y estamos empezando a implementar en la mayoría de los hospitales o en red los comités moleculares. Tener cuanta más información del tumor desde el principio desde un punto de vista genómico es esencial. Por ejemplo, hoy en día no se concibe el tratamiento del cáncer de pulmón metastásico si no ha sido secuenciado”, indicó. Esto ocurre porque

actualmente se ha identificado un alto número de alteraciones genómicas tratables, es decir, dianas terapéuticas que van a ofrecer una información clave para los oncólogos. Estas ofrecen datos pronósticos y predictivos, pero también facilitan a los profesionales definir qué tratamiento será el mejor para el paciente y cuál no le aportará ningún beneficio. Esto ya está muy presente en el cáncer de pulmón y, además, según apuntó Rodríguez, empieza a ser una realidad en cáncer de mama.

Todos estos avances han llevado a “pasar del culmen de la escalada e ir añadiendo tratamientos a, por el contrario, empezar la desescalada e ir quitando las terapias que no benefician a algunos pacientes”, aseguró el presidente de SEOM. En este sentido, los avances en biomarcadores han permitido dar un giro al tratamiento de esta enfermedad que antes se trataba siempre con quimioterapia y, sin embargo, ahora presenta opciones terapéuticas personalizadas e individualizadas.

Otro impacto tecnológico que ha mejorado el abordaje oncológico ha sido la llegada de la inteligencia artificial (IA), que permite, como destacó Rodríguez, “obtener y compartir grandes cantidades de datos que permiten saber si se está haciendo bien o no, pero también obtener las percepciones de los pacientes acerca de los tratamientos que reciben y tener herramientas para estar en contacto con ellos; nos ayudará a tener datos importantes de vida real”.

## LA INFORMACIÓN PRODUCE ESPERANZA

Del lado de los pacientes el evento contó con Pilar Fernández, presidenta de la Asociación Española de Cáncer de Mama Metastásico, quien expuso una idea muy clara: los pacientes necesitan información. “La información no produce miedo, produce esperanza”, señaló Fernández, que subrayó que no tener la información necesaria conlleva a la desinformación.

También quiso destacar que las innovaciones en el ámbito oncológico no solo prolongan la vida de los pacientes, sino que mejoran su calidad de vida. Algo indispensable en el caso de los pacientes metastásicos.

# La OMS apunta a un incremento "importante" de ITS

En 2022 se produjeron 230.000 muertes relacionadas con la sífilis en todo el mundo

**SANDRA PULIDO**  
Madrid

El VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual (ITS) causan 2,5 millones de muertes cada año, según el nuevo informe de la OMS 'Implementación de las estrategias mundiales del sector de la salud sobre el VIH, la hepatitis viral y las infecciones de transmisión sexual. 2022-2030'.

Las ITS, y la sífilis en particular, han experimentado un preocupante repunte en regiones de la OMS, poniendo en riesgo el objetivo de 2022 de reducir diez veces las infecciones por sífilis en adultos para 2030 (de 7,1 millones a 0,71 millones). Los nuevos casos de sífilis entre adultos de 15 a 49 años aumentaron en más de 1 millón en 2022, llegando a ocho millones. Los mayores aumentos se produjeron en la Región de las Américas y la Región de África.

El informe señala que estos datos, junto a la reducción insufi-



ciente de nuevas infecciones por VIH y hepatitis virales, amenazan el logro de las metas relacionadas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030.

## LAS CUATRO ITS MÁS PREVALENTES

La sífilis (*Treponema pallidum*), gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), clamidia (*Chlamydia*

trachomatis) y tricomoniasis (*Trichomonas vaginalis*) representan más de un millón de infecciones diarias.

Por su parte, el informe señala un aumento de la sífilis adulta y materna (1,1 millones) y de la sífilis congénita asociada (523 casos por 100.000 nacidos vivos por año) durante la pandemia de COVID-19. En 2022, hubo

## Nueve países informaron niveles elevados (del 5% al 40%) de resistencia a la ceftriaxona, el tratamiento de última línea para la gonorrea

230.000 muertes relacionadas con la sífilis.

Los nuevos datos también muestran un aumento de la gonorrea multirresistente. En 2023, de 87 países donde se llevó a cabo una vigilancia mejorada de la resistencia a los antimicrobianos de la gonorrea, nueve países informaron niveles elevados (del cinco por ciento al 40 por ciento) de resistencia a la ceftriaxona, el tratamiento de última línea para la gonorrea.

En esta misma línea, en 2022 se registraron alrededor de 1,2 millones de nuevos casos de hepatitis B y casi 1 millón de nuevos casos de hepatitis C. En concreto, el número estimado de muertes por hepatitis viral aumentó de 1,1 millones en 2019 a 1,3 millones en 2022 a pesar de las herramientas eficaces de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Las nuevas infecciones por VIH solo se redujeron de 1,5 millones en 2020 a 1,3 millones en 2022. Cinco grupos de población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales, personas transgénero y personas en prisiones y otros entornos cerrados) todavía experimentan tasas de prevalencia del VIH significativamente más altas que la población general. Se estima que el 55 por ciento de las nuevas infecciones por VIH ocurren entre estas poblaciones y sus parejas.

Finalmente, las muertes relacionadas con el VIH siguen siendo elevadas. En 2022 hubo 630.000 muertes relacionadas con el VIH, el 13 por ciento de las cuales ocurrieron en niños menores de 15 años.

# El 56% de los españoles considera a las vacunas como la innovación de salud más relevante

**GACETA MÉDICA**  
Madrid

La Fundación Pfizer ha realizado al encuesta "Percepción social sobre la ciencia y la innovación en salud" con motivo de su 25 Aniversario. Este cuestionario arrojó que el 76 por ciento de los españoles espera que el siguiente gran avance de la ciencia relacionado con la salud sea lograr una cura para el cáncer. Esta preocupación está muy por delante de otros grandes retos de salud, como encontrar un tratamiento para frenar las demencias (47 por ciento), la cura de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) (39 por ciento) y de la esclerosis múltiple (EM) (29 por ciento).

"Este año, en el que la Fundación Pfizer celebra su 25 aniversario, hemos querido pararnos a observar qué opina la población de la ciencia y la innovación, cuál es su percepción de los avances científicos y tecnológicos en salud de los últimos 25 años y qué espera de aquí a otros 25",

afirma el presidente de la Fundación Pfizer, Sergio Rodríguez, quien destaca, además, que "es gratificante comprobar que 9 de cada 10 personas consultadas están interesadas en la ciencia y la innovación en salud; lo que nos motiva a seguir desarrollando actividades para impulsar la ciencia, la tecnología y la innovación y promover su acercamiento a la sociedad".

## INNOVACIONES HISTÓRICAS

Para el 54 por ciento de los españoles, las vacunas son la innovación científica de salud más relevante de la historia. Los antibióticos y los trasplantes de órganos empatan en segundo lugar, con un 50 por ciento, seguidos del descubrimiento de la anestesia (32 por ciento) y del ADN (31 por ciento).

En cuanto a los últimos 25 años, más de la mitad de los españoles (53 por ciento) cree que la innovación en salud más importante ha sido la inmuno-

terapia celular oncológica, que utiliza las células de nuestro sistema inmunitario para combatir el cáncer. Por otro lado, la cirugía robótica ha sido considerada como la innovación tecnológica más relevante del último cuarto de siglo (61 por ciento), por delante de la impresión de tejidos en 3D (51 por ciento), la monitorización de salud a distancia (37 por ciento) y la aplicación de la inteligencia artificial a la salud (31 por ciento).

"El trabajo de la Fundación es también trasladar y hacer comprensible a la sociedad cómo la tecnología impulsa la ciencia y mejora nuestra salud", asegura Sergio Rodríguez. "Tecnologías que hace poco eran emergentes, hoy están plenamente integradas en multitud de procesos de trabajo. Y esta evolución es constante. Hoy, la inteligencia artificial está recortando los tiempos de investigación y desarrollo en el ámbito de la medicina y permite avanzar mucho más rápido".



La encuesta también refleja que el 91 por ciento de los españoles están interesados por aspectos relacionados con la ciencia y la innovación en salud, un interés que ha aumentado en los últimos años para el 53 por ciento de los españoles.

Prueba de ello es que el 45 por ciento busca activamente o consume información sobre ciencia e innovación en salud de manera frecuente, al menos una vez a la semana, y casi 7 de cada 10 lo hacen al menos una vez al mes. Tres de cada cuatro se informan a través de buscadores de internet y buscan, sobre todo, información general sobre hábitos de salud e información sobre enfermedades o problemas de salud concretos.

Casi el 92 por ciento de los encuestados relacionan la ciencia

y la innovación con los avances en salud, una relación que es "total" para más del 62 por ciento. Por otra parte, la pandemia por Covid-19 ha mejorado la percepción social sobre el valor de la ciencia. Tras la crisis sanitaria, 6 de cada 10 españoles valoran más la importancia de la investigación e innovación científica, así como su aportación a la sociedad. Los centros de investigación públicos son los organismos percibidos como más relevantes en investigación científica e innovación en salud en España por el 65 por ciento, seguidos de las universidades (57 por ciento), los hospitales públicos (45 por ciento) y las empresas privadas.

**NOTICIA COMPLETA EN  
GACETAMEDICA.COM**



Edición Premios BiC 2023.

La edición de 2024 cuenta con seis nuevos Premios ICAP y dos galardones especiales

## Ya está abierto el plazo de presentación de candidaturas para la XIX edición de los Premios BiC

**SANDRA PULIDO**

Madrid

El mes de mayo marca pistoletazo de salida de los Premios Best In Class (BiC), con la apertura de los cuestionarios para que los hospitales puedan presentar su candidatura y proporcionar toda la información necesaria a partir del 20 de mayo.

Los Premios BiC son convocados anualmente por Gaceta Médica y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, con el fin de promocionar y dinamizar la integración de la Calidad Asistencial en los hospitales y centros sanitarios españoles.

El Índice de Calidad Asistencial al Paciente (ICAP) permite

### La edición XIX de estos galardones trae nuevos Premios Best In Class (BiC) sujetos a ICAP

evaluar a los hospitales y unidades o servicios y centros de salud a partir de unos criterios objetivos, recogidos en unos formularios específicos según la modalidad del premio al que se opta.

En este sentido, la edición XIX de estos galardones trae nuevos Premios BiC sujetos a ICAP.

- **Mejor Hospital en control de Infecciones**, con el apoyo de Solventum.
- **Mejor Unidad en Dolor Oncológico**, con el apoyo de Medtronic/Esteve.
- **Mejor Servicio de Endocrinología**.
- **Mejor Unidad de Hipertensión Pulmonar**, con el apoyo de MSD.
- **Mejor Unidad de Obesidad**, con el apoyo de Lilly.

### Son convocados anualmente por GM y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la URCJ

• **Mejor Unidad de Reprocesamiento**, con el apoyo de B. Braun/ Matachana/ Olympus.

Por su parte, junto a los premios por servicios o unidades hospitalarias y centros de salud, se reconoce la labor de las comunidades autónomas (CC. AA.) a través de seis premios especiales, al que se suma dos nuevos este año:

• **Determinantes sociales de salud en CC. AA.**, con el apoyo de MSD.

• **Mejor estrategia One Health en CC. AA.**, con el apoyo de HIPRA.

Toda la información de las bases para participar en los Premios BiC 2024 se puede encontrar en el siguiente enlace.

[PREMIOSBIC.COM](https://www.premiosbic.com)