

INFORME W.A.I.T.

Menos tiempo para acceder a la innovación, pero mucho camino por recorrer

El informe de la EFPIA refleja un avance en el acceso a medicamentos en España, con una reducción de la demora de 79 días. Sin embargo, en áreas clave como oncología los plazos se incrementan en 14 días

Página 22 y Carta del Editor



Canal de WhatsApp



@ElGlobales



youtube.com/NetSaludTV



facebook.com/elglobal



en

EL GLOBALFARMA

Sigue el periódico de la comunidad del medicamento



900 82 20 82
www.amaseguros.com



Tu tranquilidad con nuestro seguro multirriesgo de farmacia

Protege tu negocio con las mejores coberturas exclusivas y garantías



La Mutua de los Profesionales Sanitarios.

CARTA DEL EDITOR

ANÁLISIS

WAIT: avances, pero aún queda por mejorar



Santiago de Quiroga

Editor de
El GlobalFarma

✉ @santidequiroya

España mejora en el acceso a la innovación y eso conviene reconocerlo. El último informe WAIT confirma una reducción significativa de los tiempos de acceso a medicamentos innovadores en nuestro país. Descender en 79 días no es un dato menor en un sistema históricamente señalado (en varias legislaturas) por la lentitud en los procesos de financiación y disponibilidad de la innovación terapéutica.

La noticia, por tanto, es positiva. Existe una evolución favorable y sería injusto ignorarla. En los últimos años se han producido avances administrativos, una mayor conciencia política sobre el problema y también un esfuerzo evidente por parte del ministerio de sanidad y de la DG de Cartera Común y Farmacia para agilizar determinados procedimientos. Todo ello empieza a reflejarse en los indicadores.

Sin embargo, conviene evitar triunfalismos prematuros. Porque la realidad es que España continúa lejos de los grandes países europeos en acceso efectivo a la innovación farmacéutica. Y eso no es una percepción sino un hecho que muestran tanto los datos del WAIT como la experiencia real de las partes implicadas.

Nuestro país sigue muy por encima de los tiempos recomendados por Europa para la incorporación de medicamentos innovadores. Además, buena parte de los tratamientos disponibles llegan con restricciones relevantes respecto a las indicaciones aprobadas por la EMA. Dicho de otro modo: el acceso existe, pero no siempre es homogéneo, ni rápido, ni plenamente alineado con el potencial clínico aprobado a nivel europeo.

Y los retrasos, obviamente, tienen consecuencias para los pacientes y clínicos, pero también para la posición estratégica de España dentro del ecosistema europeo de innovación biomédica. Los países que ofrecen marcos regulatorios más predecibles, procesos más claros y tiempos más razonables no solo mejoran el acceso: también atraen más investigación, más ensayos clínicos y más inversión industrial.

Precisamente ahí puede encontrarse una de las claves de mejora para los próximos años. Parte del avance vendrá necesariamente acompañado de un nuevo marco normativo capaz de aportar mayor claridad, más seguridad jurídica y procesos más eficientes. El debate ya no es únicamente cuánto se tarda, sino cómo se organiza el sistema para responder



“El acceso existe, pero no siempre es homogéneo, ni rápido, ni plenamente alineado con el potencial clínico aprobado a nivel europeo”

“Todavía queda recorrido para que España alcance el nivel de acceso que corresponde a un sistema sanitario como el nuestro”

de manera más ágil, transparente y previsible a la innovación terapéutica.

España necesita estabilidad regulatoria y una visión estratégica del medicamento innovador como política sanitaria, pero también industrial y científica.

España, líder en otros campos

Al margen de las cuestiones sobre aspectos metodológicos de los informes —legítimas y necesarias— y sobre qué pacientes, como los que participan en ensayos clínicos que España lidera a nivel europeo, reciben antes determinados tratamientos que otros, el hecho es incontestable: España todavía no juega en la

liga de los grandes países europeos en acceso a la innovación.

Y eso contrasta con otros ámbitos en los que sí somos referencia internacional. España sí juega en la primera división europea en trasplantes. También en ensayos clínicos. Y, en muchos indicadores, en calidad asistencial y universalidad de nuestro sistema sanitario, un sistema en el que el paciente español contribuye menos a los costes sanitarios (copago) que sus conciudadanos europeos. Contamos con profesionales sanitarios de enorme prestigio, hospitales altamente competitivos y una capacidad investigadora reconocida internacionalmente.

Por eso resulta difícil asumir que un país capaz de liderar la investigación clínica europea siga presentando retrasos tan significativos en la llegada efectiva de la innovación a los pacientes. La paradoja es evidente: ayudamos a desarrollar muchos de los medicamentos innovadores que luego tardamos demasiado tiempo en incorporar plenamente a nuestro sistema.

El WAIT no debe entenderse como un ejercicio de confrontación entre Administración e industria, sino como una herramienta útil para identificar áreas de mejora. Porque, aunque los avances existen y deben reconocerse, todavía queda recorrido para que España alcance el nivel de acceso que corresponde a un sistema sanitario con la ambición, la capacidad científica y el prestigio internacional del nuestro. ■

ELGLOBALFARMA

wecare-u. healthcare communication group

Publicación de



EDITOR: Santiago de Quiroga

Director editorial: Enrique Delgado Sanz

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

Arte, Diseño y Maquetación: Rosa Rodríguez.

ÁREAS:

Marketing y Comercial: Paloma García del Moral, directora ejecutiva.

Relaciones Institucionales: Romina del Río, directora.

Económico-Financiera: Cristina Fernández, Business Controller.

Public Affairs y Consultoría: Sofía Salazar, directora asociada.

Consejo de Administración:

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

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

Depósito legal: M-2092-2000.
ISSN: 1576-0987

Imprime:
Monterreina

Todos los derechos reservados.

EDITORIAL

La reforma del copago pondrá a prueba al farmacéutico

“El modelo vigente ya mostraba algunas grietas, sobre todo entre pacientes con tratamientos prolongados, donde el copago podía convertirse en un factor añadido de dificultad”

La reforma del copago farmacéutico aprobada por el Consejo de Ministros vuelve a situar en el centro del debate sanitario la necesidad de revisar el actual modelo de aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica. La propuesta introduce nuevos tramos de renta y límites mensuales para determinados colectivos, especialmente pacientes crónicos y polimedicados.

El modelo vigente estaba mostrando algunas grietas, especialmente entre pacientes activos con tratamientos prolongados, para quienes el impacto económico del copago podía convertirse en un factor añadido de dificultad.

La reforma intenta responder a esa anomalía. Los nuevos topes —8,23 euros mensuales para rentas inferiores a 9.000 euros y 18,52 euros para quienes ingresan entre 9.000 y 17.999 euros— apuntan directamente a mejorar la continuidad de los tratamientos y reducir abandonos terapéuticos asociados a dificultades económicas.

El papel clave de la farmacia comunitaria

La ministra de Sanidad, Mónica García, aseguró que la medida busca corregir “las desigualdades muy evidentes del sistema actual”. Pero toda reforma sanitaria relevante tiene una segunda lectura: la operativa. Y ahí vuelve a emerger un actor imprescindible del sistema, aunque con frecuencia insuficientemente reconocido en las decisiones políticas: la farmacia comunitaria.

Tanto el CGCOF como FEFE han respaldado el espíritu de la reforma, aunque con matices que merecen atención. “Las farmacias, de nuevo, al estar en contacto directo con los pacientes, tendrán que realizar un importante esfuerzo para adaptar sus programas informáticos e informar a los pacientes de los posibles cambios, garantizando siempre



la calidad de la prestación farmacéutica”, apuntan desde el CGCOF.

Un mensaje similar traslada la presidenta de FEFE, Ana Oliver: “Cualquier modificación del sistema de copago de medicamentos debe abordarse desde el diálogo con todos los agentes implicados y valorando cuidadosamente su impacto tanto en los pacientes como en la red de farmacias comunitarias”. Porque, una vez más, serán las oficinas de farmacia quienes absorban el impacto inmediato de la transición. La farmacia no solo dispensará medicamentos; tendrá que explicar la reforma, traducirla al ciudadano y amortiguar sus posibles disfunciones iniciales.

Los 265 millones de euros que el Ejecutivo estima dejarán de asumir los pacientes representan una decisión política relevante. Sin embargo, el verdadero éxito de la medida no se medirá únicamente en ahorro económico, sino en resultados sanitarios. Con todo, la reforma todavía deberá superar su tramitación parlamentaria y encontrar los apoyos suficientes en el Congreso para convertirse en una realidad.

CON LA VENIA: Repensar los ensayos clínicos en Europa

El 20 de mayo se celebró el Día Internacional del Ensayo Clínico, una fecha que invita a reflexionar sobre el estado actual de la investigación clínica en Europa. Y es que los datos disponibles no invitan precisamente a la complacencia. Según el informe que IQVIA elaboró en 2024 para EFPIA, la cuota europea de ensayos clínicos comerciales descendió del 22 % al 12 % entre 2013 y 2023, mientras que China pasaba del 8 % al 18 % en ese mismo período, duplicándose prácticamente desde 2018. Conviene, pues, preguntarse en qué condiciones compite hoy Europa como polo de atracción de la investigación clínica a nivel mundial y qué cambios se están produciendo a ambos lados del Atlántico para tratar de recuperar la competitividad perdida.

En Estados Unidos, por ejemplo, la FDA anunció el pasado 28 de abril un proyecto piloto para implementar ensayos clínicos en tiempo real (Real-Time Clinical Trials) y adelantó una iniciativa similar y de mayor alcance para este verano. Mediante esta iniciativa, la FDA recibirá directamente y en tiempo real las señales de seguridad y eficacia de ensayos clínicos comerciales, apoyándose en herramientas de Inteligencia Artificial, sin tener que esperar a los informes intermedios de los promotores.

En Europa también hay avances. La propuesta de Reglamento Europeo de Biotecnología (Biotech Act), publicada por la Comisión el 16 de diciembre de 2025, apuesta por un marco más favorable para la investigación clínica, con medidas orientadas a acortar plazos, en especial de

aquellos proyectos estratégicos y la creación de sandboxes regulatorios para diseños innovadores. En paralelo, la reciente publicación de las Directrices 1/2026 del Comité Europeo de Protección de Datos sobre el tratamiento de datos personales con fines de investigación científica, en consulta pública hasta el 25 de junio, representa una oportunidad para tener unos criterios unificados para todos los Estados miembros sobre cuestiones clave como la base jurídica aplicable al tratamiento de datos personales en los ensayos clínicos, el consentimiento amplio y dinámico que pueden otorgar los pacientes o el uso secundario de datos clínicos.

La buena noticia para Europa es que avanzamos hacia un marco regulatorio cada vez más homogéneo y previsible para los promotores comerciales, con un reglamento de ensayos único para todos los Estados miembros, criterios comunes sobre el tratamiento de datos personales y una propuesta legislativa que reconoce el valor estratégico del sector biotecnológico. España, como uno de los principales destinos europeos para la realización de ensayos clínicos, tiene un especial interés en que todas estas iniciativas se implementen con éxito. La pregunta con motivo del Día Internacional del Ensayo Clínico no debería ser, entonces, si Europa avanza, sino en qué dirección debe hacerlo. El verdadero reto está en recuperar terreno donde Europa sí tiene argumentos para competir, como es la previsibilidad regulatoria, la calidad metodológica, el talento científico o la integridad de los datos.



Pablo Mansilla

Abogado de Faus Moliner

POLÍTICA

El Gobierno se compromete a aprobar en 2026 la Ley de los Medicamentos

El Consejo de Ministros aprueba el PAN para 2026, que contiene las normas que prevé impulsar a lo largo del año

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

El Consejo de Ministros aprobó el Plan Anual Normativo de la Administración General del Estado (PAN) para 2026, que contiene las normas que prevé impulsar a lo largo de este año. Entre las leyes incluidas se encuentra la Ley de los Medicamentos, uno de los cambios regulatorios más esperados por la industria farmacéutica en España.

El Gobierno, en reiteradas ocasiones, mantuvo su convicción de llevar la medida al Consejo de Ministros antes de que finalizase 2025, pero no se produjo.

Ya el 6 de octubre de 2025, en una jornada celebrada en el Senado, el propio César Hernández confirmó que Sanidad estaba "ya finalizando la última revisión" del anteproyecto de ley. Entonces explicó también la dimensión del trabajo acumulado alrededor del texto.

Según detalló, las alegaciones reunían "del orden de 6.000 filas de Excel solamente del sector, sin contar con comunidades autónomas, informes de los ministerios..."

Una cifra que evidenciaba la magnitud de las alegaciones presentadas y la dificultad de cerrar una versión definitiva en un asunto especialmente sensible para todo el ecosistema sanitario y farmacéutico.

Hace menos de un mes, el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, situó antes del verano el "momento plausible" de su aprobación. En este escenario, Padilla subrayó que el texto normativo mantiene su recorrido y que se encuentra ya en una fase avanzada de tramitación.

Esta esperada norma pretende, por un lado, "modernizar el sistema de precios de referencia (SPR) para impulsar los genéricos y, por otro, "agilizar los tratamientos más innovadores", algo que ha levantado escollos en el sector.

Según Sanidad, este sistema "adolece de demasiada rigidez", por lo que "no permite una competencia real entre medicamentos". De este modo, la reforma contempla un "sistema más flexible mediante el cual los medicamentos que forman parte de una agrupación homogénea podrán diferenciarse de precio, fomentando la competitividad del sector y garantizando unos precios más asequibles para la población y para el Sistema Nacional de Salud (SNS)". Tras concluir el plazo de alegaciones al an-



Félix Bolaños, ministro de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes del Gobierno de España.

teproyecto de Ley de los Medicamentos el pasado 8 de mayo, las reacciones de la industria farmacéutica no se hicieron esperar.

En este sentido, Farmaindustria pidió una "revisión integral" del texto y fuentes de la patronal confirmaron a El GlobalFarma que dicha norma "no recoge la visión del medicamento como una inversión, sino que está impregnada de

consensuar con el sector y los demás actores de la cadena, dentro del Comité Mixto creado para este propósito en el marco de la Estrategia de la Industria Farmacéutica.

Desde Farmaindustria confirmaron a este medio que proponían su supresión y su sustitución por un 'Sistema de precios dinámicos'.

179 iniciativas

Coordinado desde el Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, el PAN incluye 179 iniciativas: 10 leyes orgánicas, 38 leyes ordinarias y 131 reales decretos. No obstante, el Gobierno también autorizó el Informe de Evaluación del PAN del año 2025, que concluye que se ha alcanzado un grado de ejecución superior al 82%.

Además, durante 2025 el Gobierno ha impulsado otras normas que no estaban previstas en el PAN. Por ejemplo, reales decretos-ley para atender a situaciones de vulnerabilidad, reforzar el sistema eléctrico tras la interrupción del suministro del 28 de abril de 2025, responder a la amenaza arancelaria o adoptar medidas contra el conflicto en Gaza.

En la rueda de prensa posterior al Consejo de Ministros, el ministro de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes del Gobierno de España, Félix Bolaños, celebró los buenos datos de cumplimiento del PAN de 2025 y la ambición del plan para 2026, enfocado a consolidar el crecimiento económico, el fortalecimiento del estado de bienestar y los avances sociales.

Esta esperada norma pretende modernizar el SPR y agilizar los tratamientos más innovadores

una visión económica centrada principalmente en políticas de ahorro a corto plazo que disminuyan el crecimiento del gasto público".

Cuando se hizo público el documento, uno de los puntos más 'calientes' fue el que versaba acerca del sistema de precios seleccionados. En concreto, compañías, farmacia y distribución se unieron contra él y exigieron al Gobierno que se eliminara y que las reformas se

Padilla subraya que el texto mantiene su recorrido y que se encuentra ya en una fase avanzada de tramitación

Finalmente, el ministro de Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, concluyó que, "con esta agenda normativa, la legislatura suma y sigue". Asimismo, Bolaños también recordó que, "desde agosto del año 2023, se han aprobado 62 leyes, lo que convierte al Parlamento español en el que más leyes ha aprobado durante este periodo de tiempo, con la única excepción del valenciano por la DANA".

POLÍTICA

La CIPM introduce dos cambios en su composición de cara al segundo trimestre del ejercicio en marcha

Samartín releva como oyente a Reboredo, mientras que Temes sustituye a García en representación de Hacienda

ANA SÁNCHEZ CAJA

Madrid

El Ministerio de Sanidad introdujo dos cambios en la composición de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) para el segundo trimestre del 2026, correspondiente al periodo de abril a junio. Por un lado, en representación del Ministerio de Hacienda, Luis María Temes Castrillón, director general de Estabilidad Presupuestaria y Gestión Financiera Territorial, sustituye a la anterior directora, Mónica García Sáenz. Por otro, Marisol Samartín Ucha, subdirectora general de Farmacia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud, releva como oyente a la anterior subdirectora, Silvia María Reboredo García.

Con estos dos cambios, Castilla y León, Andalucía y Comunidad Valenciana continúan como representantes de las CCAA a propuesta del Consejo Interterritorial (CISNS). Así, la representación autonómica en la CIPM sigue compuesta por Nieves Martín Sobrino, directora técnica de Farmacia, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Eutimio Jorge Tercero Fernández, subdirector de Prestaciones del Servicio Andaluz de Salud, y Elena Gras Colomer, directora general de Farmacia de la Comunidad Valenciana. Por otra parte, la presidencia



de la CIPM continúa en manos de Javier Padilla, secretario de Estado de Sanidad, y la vicepresidencia, en las de César Hernández, director general de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. En cuanto a las vocalías, en representación del Ministerio de Hacienda sigue Javier Sánchez Fuentefría, director general de Presupuestos, al que se suma Luis María Temes Castrillón, director general de Estabilidad Presupuestaria y Gestión Financiera Territorial. En representación del Ministerio de Economía, sigue Francisco Javier Muñoz Moldes, director general de Política Económica. Y, finalmente, en representación del Ministerio de Industria, María Teresa Parejo Navajas, directora general de Estrategia Industrial y de la PYME.

Autonomías en calidad de oyentes

Por último, las CCAA representantes en calidad de oyentes elegidas entre sus miembros para el primer semestre continúan sin cambios, salvo la sustitución de Silvia María Reboredo García por Marisol Samartín Ucha. Así queda:

- Cristina Agudo Pascual, subdirectora de Farmacia y Prestaciones del SNS-O. Navarra.
- Irene Cid Rico, directora general de Planificación Sanitaria. Asturias.
- María Isabel Priede Díaz, directora general de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria. Consejería de Salud del Gobierno de Cantabria.
- Marisol Samartín Ucha, subdirectora general de Farmacia de la Dirección

General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

- Gonzalo Aparicio Rodríguez, director general de Prestaciones y Farmacia. La Rioja.
- Casimiro Jiménez Guillén, subdirector general de Farmacia e Investigación Sanitaria. Murcia.
- M.^a Ángeles Alcutén Pescador, directora de Gestión Sanitaria e Inspección del Servicio Aragonés de Salud.
- Ana Rosa Rubio Salvador, coordinadora regional de Farmacia. Castilla La Mancha.
- Ignacio Carlos López Puech, jefe de Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación del Servicio Canario de la Salud.
- Joan Simonet Borrás, director general de Prestaciones, Farmacia y Consumo. Islas Baleares.
- Luis Manuel Bravo García-Cuevas, subdirector de Farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria Servicio Extremeño de Salud.
- María José Calvo Alcántara, subdirectora general de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Gestión Económico-Financiera. Servicio Madrileño de Salud.
- Iñaki Betolaza San Miguel, director de Farmacia. Consejería de Salud. Gobierno Vasco.
- Ana Clopés Estela, directora del Área de Medicamento. Servei Català de la Salut.

Marisol Samartín, nombrada nueva subdirectora de Farmacia de Galicia

JAVIER ALBERCA LAMAS

Madrid

La subdirección de Farmacia de la Xunta de Galicia ya tiene nueva responsable. Fuentes de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia han confirmado a Gaceta Médica que Marisol Samartín Ucha es la nueva subdirectora de Farmacia del Sergas. Samartín releva así a Silvia Reboredo, que ocupaba responsabilidades en esta área desde enero de 2021.

La nueva responsable cuenta con una trayectoria consolidada dentro del sistema sanitario público gallego. Según la información difundida por el Sergas con motivo de su nombramiento en Pontevedra e O Salnés, es licenciada en Farmacia por la Universidade de Santiago de Compostela, con Premio Extraordinario de Licenciatura, especia-



Marisol Samartín, subdirectora de Farmacia de la Xunta de Galicia.

lista en Farmacia Hospitalaria tras su residencia en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre 2006 y 2010, y doctora en Farmacia por la Universidade de Vigo.

Su carrera profesional ha estado estrechamente vinculada al Sergas desde 2006. En el Área Sanitaria de Vigo ejerció como coordinadora de Calidad y Sostenibilidad del Servicio de Farmacia Hos-

pitalaria, además de desarrollar trabajo en atención farmacéutica en Urgencias y Cardiología y en la supervisión del gasto farmacéutico vinculado al concierto con el Hospital Povisa. El Sergas también destaca su perfil en continuidad asistencial y evaluación de medicamentos.

A esa vertiente asistencial suma actividad investigadora y docente. El portal científico del Sergas la sitúa en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, adscrita al Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, dentro del área de Farmacia y Farmacología y del grupo de Investigación Cardiovascular. La nota oficial añade que ha tutorizado a residentes y alumnado en prácticas, y que acumula capítulos de libro, más de 40 comunicaciones a congresos y alrededor de una veintena de publicaciones en revistas científicas.

Salud Pública en Diálogos

Martínez Ochoa y la apuesta de La Rioja por formar y concienciar a su población en Salud Pública

La directora general de Salud Pública de La Rioja protagoniza el tercer encuentro de 'Salud Pública en Diálogos'

JAVIER ALBERCA LAMAS

Madrid

La directora general de Salud Pública de La Rioja, Eva Martínez Ochoa, ha sido la protagonista del tercer encuentro de la segunda temporada de 'Salud Pública en Diálogos', una iniciativa impulsada por Fundamed y apoyada por Gaceta Médica, que pone en el centro de la conversación aquellas medidas en materia de prevención de enfermedades y promoción de la salud que acometen las distintas comunidades autónomas.

Durante la conversación, moderada por Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, y conducida por Enrique Delgado, director editorial de Gaceta Médica y El Globalfarma, se abordaron los principales ejes de trabajo de la Dirección General de Salud Pública de La Rioja: promoción y prevención, vigilancia epidemiológica, protección de la salud, seguridad alimentaria, sanidad ambiental, planificación sanitaria y formación.

También se trataron algunos de los proyectos más destacados de todos aquellos que está impulsando la dirección general, como la Escuela de Salud. En este sentido, la directora general mostró su compromiso con la importancia que tiene acercar la Salud Pública y sus valores a la población y, especialmente, a los niños y jóvenes aprovechando contenidos adaptados sobre, por ejemplo, hábitos saludables o educación afectivo-sexual.

También hubo tiempo para conversar sobre el proyecto 'Lola', un programa



Tercer encuentro de la segunda temporada de 'Salud Pública en Diálogos'.

piloto basado en un asistente de voz virtual que ha contribuido a mejorar la tasa de cobertura vacunal. La directora general destacó el proyecto 'Lola' como una herramienta "transformadora" para aumentar la vacunación en adultos, al contactar telefónicamente con la población candidata y resolver dudas de forma personalizada.

De igual modo, Martínez Ochoa destacó el papel y la labor de los profesionales de la salud pública, abordó posibles iniciativas para mejorar la retención y captación de talento en estos departamentos, a la vez que destacó que "la salud pública, la prevención y la promoción son las herramientas más efectivas que existen".

Espacio de conversación

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

El encuentro contó también con la presencia de Ángel Gil, catedrático de Salud Pública y Medicina Preventiva de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC), Leticia Bueno Freire (CGE), José María

Molero García (semFYC), Patricia Ruiz (SEIMC), Lorenzo Silva (SEC), José Luis Lannegrand, Jon Aguinaga y Daryl Álvarez (GSK), Pepe Meseguer y Nekane Alkiza (Seqirus), Romina del Río y Paloma García del Moral (Fundamed).

En el marco de la iniciativa, y a lo largo de los últimos meses, ya se han celebrado numerosos encuentros con directores de Salud Pública de distintas comunidades autónomas: Manuel Fernández (Andalucía), José Fernando Díaz-Flores (Canarias), Nuria Gayán (Aragón), Carmen Durán (Galicia), Elena Andradás (Comunidad de Madrid), Laura Ruiz (Castilla-La Mancha), María Isabel de Frutos (Cantabria) o Esteve Fernández (Cataluña).

La región refuerza la higiene de manos como medida fundamental para prevenir las infecciones

EL GLOBALFARMA

Madrid

Con motivo del Día Mundial de Higiene de Manos, que se celebra cada año el 5 de mayo, los profesionales de Medicina Preventiva del Hospital Universitario San Pedro de Logroño instalaron una mesa informativa en el vestíbulo de hospitalización del centro.

La mesa, a la que acudió la directora general de Salud Pública, Consumo y Cuidados, Eva Martínez, tuvo como objetivo reforzar la seguridad del paciente y recordar la importancia de la higiene de manos en la práctica asistencial. Además, se lle-

varon a cabo demostraciones prácticas por parte del Servicio de Medicina Preventiva y se realizó un recorrido por las unidades para difundir los mensajes de la campaña entre los equipos sanitarios.

En este contexto, Martínez subrayó que "esta iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud, hace hincapié en la necesidad de mejorar la prevención y el control de las infecciones". Asimismo, recordó que "el lavado de manos es una medida eficaz y barata para prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y la diseminación de los microorganismos multirresistentes", destacando que las manos son una de las principales



La directora general, junto a profesionales del Hospital riojano.

vías de transmisión de microorganismos. "El uso correcto del lavado de manos, bien sea con agua y jabón o mediante soluciones hidroalcohólicas, reduce de forma muy significativa el riesgo de infecciones. Es un gesto muy pequeño con un efecto muy importante", señaló.

Durante el día también se repartió material divulgativo, siguiendo la campaña del Ministerio de Sanidad. Igualmente, se

compartieron recursos en las pantallas de los centros sanitarios para reforzar el lema de este año y promover los cinco momentos de la higiene de manos en la atención sanitaria.

Estas acciones se completaron con la colocación de nueva cartelería y la distribución de muestras de gel hidroalcohólico para facilitar su uso continuo por parte de los profesionales.

Antonia Elena Esteban y la Salud Pública en Baleares: la importancia de que la prevención gane visibilidad

La directora general de Salud Pública de Baleares protagoniza el cuarto encuentro de 'Salud Pública en Diálogos'

JAVIER ALBERCA LAMAS

Madrid

La directora general de Salud Pública de Baleares, Antonia Elena Esteban, ha sido la protagonista del cuarto encuentro de la segunda temporada de 'Salud Pública en Diálogos', una iniciativa impulsada por Fundamed y apoyada por Gaceta Médica, que pone en el centro de la conversación aquellas medidas en materia de prevención de enfermedades y promoción de la salud que acometen las distintas comunidades autónomas.

Durante la conversación, moderada por Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed, y conducida por Enrique Delgado, director editorial de Gaceta Médica y El Globalfarma, se han abordado los principales proyectos del Departamento, entre ellos la transformación hacia una Agencia de Salud Pública.

El encuentro también ha servido para analizar los retos de prevención, promoción de la salud y vigilancia epidemiológica, así como la necesidad de reforzar los sistemas de información y mejorar la coordinación entre salud pública, atención primaria y el ámbito hospitalario.

La sesión también ha guardado espacio para abordar las campañas y estrategias de vacunación en Baleares para mejorar las coberturas, además de otros asuntos fundamentales en el debate de la Salud Pública y que actualmente han ganado espacio en el debate público: es el caso del One Health y las amenazas de origen animal o la preparación frente a futuras



Cuarto encuentro de 'Salud Pública en Diálogos'.

amenazas y emergencias sanitarias tras la crisis del hantavirus en Canarias.

Todo ello sin olvidar posibles fórmulas para que la Salud Pública logre retener y atraer talento e inversión para poder implantar en mayor medida sus políticas, aspecto en el que dotar de visibilidad esta labor, medir el impacto de las intervenciones y defender la prevención como una inversión estratégica se antoja fundamental. En este sentido, también se subrayó la importancia de comunicar mejor sus resultados a la ciudadanía y a los decisores públicos.

Espacio de conversación

'Salud Pública en Diálogos' es un espacio de encuentro y reflexión sobre

los principales retos en este ámbito, que permite analizar y debatir temas clave como la prevención y vacunación frente a virus respiratorios, los sistemas de vigilancia y la equidad intergeneracional. Este foro busca contribuir al diseño de estrategias promoviendo un diálogo en torno a un Sistema Nacional de Salud (SNS) más equitativo, sostenible y preparado para los desafíos del futuro.

El encuentro contó también con la presencia de Alberto Anguera, jefe de departamento de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades de Baleares, Leticia Bueno Freire (CGE), María Teresa Ledo (SMMP), Daniel García Martín (SEMES Baleares), Jordi Pont y, Nekane

Alkiza (Seqirus), Mercedes Fernández de Castro, Ana Hernando, José Luis Lannegrand, Ignacio Sánchez y Daryl Álvarez (GSK) y Romina del Río, directora de Relaciones Institucionales de Fundamed.

En el marco de la iniciativa, y a lo largo de los últimos meses, ya se han celebrado numerosos encuentros con directores de Salud Pública de distintas comunidades autónomas: Manuel Fernández (Andalucía), José Fernando Díaz-Flores (Canarias), Nuria Gayán (Aragón), Carmen Durán (Galicia), Elena Andradas (Comunidad de Madrid), Laura Ruiz (Castilla-La Mancha), María Isabel de Frutos (Cantabria), Esteve Fernández (Cataluña) o Eva Martínez Ochoa (La Rioja).

Baleares reúne al Comité de Enfermedades Infecciosas por el brote de hantavirus

EL GLOBALFARMA

Madrid

El Comité de Enfermedades Infecciosas de Baleares mantuvo una reunión para hacer un seguimiento de la alerta declarada por el brote de hantavirus declarado en el crucero MV Hondius, así como para analizar la información de los protocolos de actuación acordados por la Comisión Nacional de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. El Comité de Infecciosas, que está formado por especialistas en Epidemiología, Salud Pública, microbiólogos y personal asistencial hospitalario, ha concluido que el riesgo de que se produzca un brote de similares características en Baleares "es muy bajo".



Miembros del Comité de Enfermedades Infecciosas de Baleares.

En primer lugar, porque nunca se ha detectado un caso de hantavirus en las islas y, en segundo, porque el agente que actúa como reservorio del patógeno y tiene capacidad para contagiarlo a los

seres humanos no tiene presencia en este archipiélago.

Asimismo, se trata de una zoonosis de un virus conocido desde hace muchos años y que, por tanto, no tiene nada que

ver con la aparición del desconocido patógeno SARS-CoV-2.

Por todas estas circunstancias, el comité de enfermedades infecciosas autonómico ha querido lanzar un mensaje de absoluta tranquilidad a la población asegurando que se sigue minuto a minuto la evolución del brote, y que se está al tanto de los movimientos que se están realizando y de los protocolos definidos y activados por el ministerio de Sanidad. Salud Pública está en contacto diario con Sanidad Exterior, que es la entidad competente que maneja toda la información.

No obstante, Baleares está preparada para tomar medidas en caso de que fuera necesario. La sanidad pública balear cuenta con protocolos de vigilancia epidemiológica para este tipo de enfermedades y procedimientos que permiten clasificar a los contactos según su riesgo y establecer medidas de seguimiento y aislamiento.

Jornada Vacunación pacientes de alto riesgo

Estas son las mejores prácticas de los hospitales para fomentar la vacunación en los pacientes de riesgo

Los expertos expusieron prácticas como la captación activa de pacientes o la automatización de derivaciones

ANDREA RIVERO GARCÍA

Madrid

Bajo el título 'Modelos de prevención vacunal en pacientes de riesgo: un enfoque hospitalario', líderes clínicos y gestores de distintos hospitales de la Comunidad de Madrid se reunieron para abordar un reto: transformar el ingreso hospitalario en una oportunidad estratégica de protección. Ese fue el hilo conductor de una jornada organizada en el marco de los Premios Best in Class (BiC), que contó con el apoyo de GSK y Fundamed, y en la que los máximos responsables de estos centros asistenciales pusieron sobre la mesa las mejores prácticas que ya se llevan a cabo.

Durante la jornada, los expertos coincidieron en que los hospitales concentran a pacientes especialmente expuestos a sufrir complicaciones infecciosas, como personas inmunodeprimidas, oncohematológicas, trasplantadas o pacientes tratados con terapias biológicas e inmunosupresoras. En este contexto, defendieron que la vacunación debe dejar de entenderse como una actuación complementaria para integrarse plenamente en los circuitos asistenciales habituales.

El encuentro sirvió también para compartir experiencias y modelos de éxito ya implantados en distintos centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Entre las estrategias analizadas destacaron la creación de consultas específicas de vacunación, la captación activa de pacientes de riesgo, la automatización de derivaciones mediante herramientas



Los participantes en la primera sesión del encuentro.

informáticas y multipedidos, así como el desarrollo de sistemas de análisis de datos para medir coberturas y mejorar la eficiencia de los circuitos asistenciales.

Asimismo, los participantes debatieron sobre la importancia de la coordinación multidisciplinar entre servicios clínicos, Medicina Preventiva, Farmacia Hospitalaria y Enfermería, señalando que la implicación de todos los profesionales resulta clave para evitar oportunidades perdidas de vacunación. También subrayaron la necesidad de reforzar la formación de los clínicos y avanzar hacia sistemas interoperables que permitan conocer de forma más precisa el estado vacunal de los pacientes.

Otro de los aspectos destacados fue el papel creciente de la tecnología y la inteligencia artificial en la identificación y seguimiento de pacientes vulnerables, así como en la automatización de

procesos de captación y priorización. Los expertos defendieron que estas herramientas permiten optimizar recursos limitados, agilizar consultas y reducir la dependencia de procesos manuales o de la iniciativa individual de los profesionales.

Casos concretos

Entre los participantes estuvieron Jesús Canora, director médico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Helena Moza, del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; Abelardo Fernández, del Hospital Universitario Ramón y Cajal; Montserrat Pérez Encinas, del Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Carolina Moreno, del Hospital Universitario de Getafe; Pedro Pérez Segura, del Hospital Universitario Clínico San Carlos; y Lucía Hernández Rivas, del Hospital Universitario La Paz, quienes

expusieron las iniciativas que ya desarrollan en sus respectivos hospitales para mejorar la prevención vacunal en pacientes de riesgo.

Los especialistas también pusieron sobre la mesa las dificultades que todavía existen para consolidar estos modelos asistenciales, especialmente la limitación de recursos humanos y la falta de interoperabilidad entre sistemas de información sanitarios. En este sentido, señalaron que muchas veces conocen la necesidad de vacunar al paciente, pero la sobrecarga asistencial y la complejidad de los circuitos dificultan que esa derivación se materialice. Por ello, defendieron la necesidad de simplificar procesos, automatizar alertas y aprovechar estructuras ya existentes, como hospitales de día o consultas de enfermería, para incorporar la vacunación de forma más ágil y sistemática.

Asimismo, durante el encuentro se destacó el impacto clínico y económico que puede tener una estrategia preventiva bien organizada. Los expertos coincidieron en que mejorar las coberturas vacunales en pacientes de riesgo no solo contribuye a reducir infecciones, complicaciones y hospitalizaciones, sino que también disminuye reingresos y optimiza los recursos sanitarios. Así, apostaron por seguir compartiendo experiencias entre hospitales y desarrollar modelos replicables.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Elena Andradás: "La vacunación en pacientes vulnerables es absolutamente esencial"

CLAUDIA VAQUERO REINA

Madrid

La sede de Wecare-U acogió la Jornada "Modelos de Prevención Vacunal en Pacientes de Riesgo: un enfoque hospitalario", un encuentro organizado en el marco de los Premios BiC e impulsado por GSK y Fundamed. La inauguración corrió a cargo de Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed y Elena Andradás, directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, cuya intervención puso el foco en la necesidad de trasladar la evidencia a la práctica clínica y reforzar la cultura preventiva en el entorno hospitalario.



Santiago de Quiroga y Elena Andradás.

Andradás centró su intervención en el análisis de la situación actual de la vacunación en grupos de riesgo, poniendo en valor los avances logrados,

pero también las importantes brechas existentes. "Disponemos de uno de los mejores calendarios de vacunación a lo largo de la vida y contamos con coberturas muy superiores a las de la mayoría de países de nuestro entorno", destacó. Sin embargo, advirtió de una limitación clave: "Las recomendaciones en grupos de riesgo muchas veces no son bien conocidas ni por los profesionales sanitarios ni por los propios pacientes".

Unidades de vacunación hospitalaria

Andradás también explicó que los pacientes con patologías crónicas o sometidos a tratamientos inmunosupre-

sores no solo presentan mayor riesgo de infección, sino también cuadros más graves cuando estas se producen. Por ello, defendió el papel estratégico de no descuidar su inmunización: "La vacunación en pacientes vulnerables es algo absolutamente esencial".

Asimismo, puso el foco en la necesidad de integrar la prevención en los procesos asistenciales: "Cuando definimos procesos asistenciales integrados no debemos olvidar la importancia de la vacunación". En este ámbito, abogó por impulsar mecanismos de reconocimiento para los servicios con mejores resultados en cobertura vacunal.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Jornada Vacunación pacientes de alto riesgo

Las peticiones para mejorar la vacunación en el entorno hospitalario: "Sin medir, el gestor no puede tomar decisiones"

Los especialistas destacaron la necesidad de promover la prevención entre profesionales y pacientes delicados

ANA SÁNCHEZ CAJA

Madrid

La mejora de la vacunación en pacientes de riesgo pasa por la necesidad de simplificar el acceso a la información vacunal, automatizar procesos y fortalecer la coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Durante la jornada, los expertos pusieron de relieve la importancia de promover una cultura de prevención tanto en los profesionales como en los pacientes más delicados, apoyada en herramientas de gestión y en el uso de datos que permitan orientar mejor las decisiones sanitarias.

En concreto, la segunda mesa del encuentro contó con la participación de Antonio J. García Ruiz, economista de la salud de la Universidad de Málaga; María Madariaga, presidenta de la Sociedad Española del Dolor (SED); Pilar Arrazola, de la Asociación Española de Vacunología (AEV); José Soto Bonel, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA); María Teresa Ledo, presidenta de la Sociedad Madrileña de Medicina Preventiva (SMMP); y José Jonay Ojeda, presidente de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA), todo ello bajo la moderación de Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed.

En primer lugar, García Ruiz subrayó que "en economía de la salud al gestor no solamente le interesa la eficiencia, sino que también le interesa la conciencia". García Ruiz destacó el papel de la enfermera de práctica avanzada como "un logro de Andalucía exportado al resto de España" y explicó que "si le dice



Foto de familia de los ponentes que participaron en la última sesión del encuentro.

medicina preventiva cuál es el protocolo que tiene que seguir, la enfermera de práctica avanzada lo sigue". También insistió en que "si no medimos, el gestor no puede tomar decisiones", calificándolo como un elemento clave.

Por su parte, Madariaga señaló que "hablar de las experiencias individuales de los servicios de medicina preventiva de un hospital es complejo" y que el aislamiento entre hospitales, sistemas de salud y comunidades autónomas dificulta la implementación homogénea de estas estrategias. Seguidamente, defendió la importancia de la enfermería y su papel en atención primaria. También destacó que "la multidisciplinariedad es una palabra difícil de pronunciar, pero aún más difícil de llevar a cabo de manera real". Además, subrayó "la necesidad de que la información sobre riesgo pase de atención primaria a hospitalaria".

A continuación, Arrazola argumentó que "los servicios de medicina preventiva parten de una de las peores situaciones entre los servicios", indicando que el perfil de pacientes de riesgo ha cambiado de forma significativa en los últimos años. Por todo ello, añadió que "no es tanto la brecha, sino la priorización que se tiene" y defendió que "tiene que ser fácil consultar el acceso vacunal", subrayando la necesidad de facilitar herramientas al profesional. También insistió en la importancia de "empoderar al paciente", aunque advirtió que antes es necesario garantizar la capacidad de respuesta del sistema.

Continuando con el debate, Soto Bonel planteó que "en la facultad nadie me puso un ejemplo de empresa hospitalaria". "En la Comunidad de Madrid tenemos 35 hospitales públicos y solo hay dos economistas dirigiéndolos",

añadió. Posteriormente, incidió en la necesidad de distinguir entre sanidad y salud. Asimismo, criticó la falta de incentivos estructurales, señalando que "en los hospitales no queremos vacunar porque, probablemente, no lo hemos incorporado como algo incentivador en la carrera de los profesionales sanitarios".

Ledo, por su parte, destacó que "una de las principales preocupaciones de las sociedades de medicina preventiva es saber qué denominador (N) tenemos, ya que si no sabemos el porcentaje de pacientes que son susceptibles de beneficiarse de la vacunación, malamente vamos a poder articular algo". En este sentido, Ledo coincidió con Arrazola al admitir que "hoy en día, el 80% no representa el mismo volumen que hace 20 años".

Por último, Jonay Ojeda insistió en la importancia de la estrategia y la coordinación, destacando que resulta crucial "tener claro la estrategia, no solo de los centros, sino del sistema en su conjunto". Sin embargo, argumentó que "no siempre conseguimos que los diferentes actores actúen de forma coordinada para poder aplicarla transformando nuestros procesos operativos". En relación con la gestión, indicó que "tenemos muchos ejemplos donde nos ha permitido afinar y buscar elementos que permitan poner el foco en prioridades".

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Invertir un euro en prevención vacunal "puede generar un retorno de hasta 27 euros en pacientes de alto riesgo"

MARCOS YEBRA

Madrid

En la jornada "Modelos de Prevención Vacunal en Pacientes de Riesgo", Antonio J. García Ruiz, de la Universidad de Málaga, presentó datos reveladores: por cada euro invertido en prevención se puede generar un retorno de hasta 27 euros en pacientes de alto riesgo.

Proteger a una persona desde su nacimiento hasta el final de su vida cuesta apenas 2.000 euros, cifra ínfima comparada con el gasto de tratar complicaciones evitables. Además, destacó una paradoja: la vacunación es víctima de su éxito, ya que se olvida la gravedad de

patologías erradicadas. No obstante, en España, el 83% de los pacientes de riesgo hospitalizados no cumple con su calendario vacunal, lo que eleva la letalidad en un 25% en mayores de 65 años. Para corregirlo propone "crear plataformas de rescate", unidades que revisen la inmunización de cada paciente.

Mientras la ratio media de retorno de la inversión (ROI) en España es de 14 a 1, en pacientes complejos (trasplantados o pluripatológicos) "la eficiencia puede ascender hasta 27 a 1". Un caso paradigmático es el Virus Respiratorio Sincitial (VRS), cuyo impacto económico genera costes en cascada que afectan desde la farmacia y Atención Primaria hasta los

cuidados críticos y hospitalización aguda, por lo que "prevenir un caso por VRS puede costar entre 3.000 y 5.000 euros".

Según García, apostar por la vacunación garantiza un impacto triple: clínico, al reducir la morbilidad; económico, por el ahorro directo; y operativo, al liberar recursos vitales del sistema.

Ahora el problema, sostiene, es que "el sistema hospitalario se ha centrado históricamente en la gestión y el volumen, olvidando a menudo el resultado final". También recordó el déficit de vacunación contra la gripe entre el personal hospitalario, sugiriendo que, "a pesar de las facilidades, la concienciación aún tiene margen de mejora". Concluyó



Antonio J. García Ruiz.

apuntando que "en un sistema con recursos limitados, invertir en vacunas es una decisión económica imperativa para garantizar la sostenibilidad SNS".

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

RSC

Una nueva metodología europea de emisiones del transporte refuerza la prevención en salud

El sistema mejorará la calidad de los datos sobre contaminación y también facilitará las nuevas políticas públicas



ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La Unión Europea ha dado un nuevo paso en su estrategia climática con la aprobación de una metodología única para calcular las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) del transporte, una medida que, más allá de su impacto ambiental, tiene implicaciones directas para la salud pública y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. La iniciativa, respaldada por el Parlamento Europeo, busca armonizar la forma en que las empresas miden su huella de carbono, facilitando decisiones más informadas tanto para los consumidores como para las administraciones.

Aunque la normativa no obligará a las empresas de transporte a calcular sus emisiones, sí establece que, en caso de hacerlo —ya sea por motivos informativos, contractuales o regulatorios— deberán seguir una metodología común basada en estándares internacionales. Este avance pretende mejorar la transparencia, reducir el riesgo de ecoblanqueo y fomentar una competencia más justa entre operadores. Sin embargo, su alcance va más allá del ámbito económico o ambiental: se trata también de una herramienta clave para abordar uno de los principales determinantes de la salud en Europa, la calidad del aire.

El transporte: fuente de contaminación

El transporte es una de las principales fuentes de contaminación atmosférica en las ciudades europeas, especialmen-

Los contaminantes asociados al transporte están vinculados con enfermedades respiratorias

te por la emisión de partículas finas y óxidos de nitrógeno. Estos contaminantes están estrechamente relacionados con enfermedades respiratorias como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como con patologías cardiovasculares. En este contexto, disponer de datos más precisos y comparables sobre emisiones permitirá diseñar políticas más eficaces de prevención, con un impacto directo en la reducción de la carga de enfermedad y en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

La nueva metodología europea contempla tanto las emisiones derivadas del uso de los vehículos como las asociadas al suministro de energía durante las operaciones de transporte. Además, prioriza el uso de datos primarios frente a estimaciones, lo que aumentará la fiabilidad de los cálculos. Esta precisión es especialmente relevante desde el punto de vista sanitario, ya que permitirá correlacionar con mayor exactitud los niveles de contaminación con indicadores de salud poblacional, facilitando la toma de decisiones basadas en evidencia.

Uno de los aspectos más destacados de la normativa es el apoyo específico

a las pequeñas y medianas empresas (pymes), que constituyen una parte significativa del tejido empresarial europeo. Para evitar una sobrecarga administrativa y financiera, la Comisión Europea se ha comprometido a desarrollar en un plazo de cuatro años una herramienta de cálculo pública, sencilla y gratuita, acompañada de un manual de uso. Esta medida busca incentivar la participación de las pymes en la medición de emisiones, ampliando así la base de datos disponible y contribuyendo a una visión más completa del impacto ambiental del transporte.

Desde una perspectiva sanitaria, la implicación de las pymes es fundamental. Cuantas más empresas midan y reporten sus emisiones, mayor será la capacidad de las autoridades para identificar focos de contaminación y actuar sobre ellos. Esto se traduce en entornos más saludables, especialmente en áreas urbanas densamente pobladas, donde la exposición a contaminantes es mayor y sus efectos sobre la salud más acusados.

Futuras mejoras

La normativa también abre la puerta a futuras mejoras. Aunque en su fase inicial no incluye las emisiones a lo largo de todo el ciclo de vida —como las derivadas de la fabricación de vehículos o la producción de energía—, el Parlamento ha instado a la Comisión a evaluar esta posibilidad en un plazo de cuatro años. La inclusión de este enfoque permitiría una evaluación más completa del impacto ambiental y sanitario del trans-

porte, alineándose con los principios de sostenibilidad y economía circular.

En palabras del eurodiputado Norbert Lins, ponente de la Comisión de Transportes, las nuevas normas facilitarán a las empresas "la declaración precisa de sus emisiones de gases de efecto invernadero", al tiempo que ofrecen incentivos para que las pymes adopten estándares sin verse sobrecargadas. Por su parte, Pierfrancesco Maran, presidente y ponente de la Comisión de Medio Ambiente, subrayó que la metodología común permitirá a los consumidores acceder por primera vez a información «transparente y fiable», independientemente del modo de transporte utilizado.

Esta transparencia no solo empodera a los ciudadanos como consumidores, sino también como agentes de salud. Elegir opciones de transporte más sostenibles puede contribuir a reducir la contaminación del aire y, por tanto, a mejorar la salud colectiva. En este sentido, la nueva normativa se alinea con los objetivos de la UE en materia de sostenibilidad, que integran la protección del medio ambiente con la promoción del bienestar y la equidad en salud.

Las nuevas reglas entrarán en vigor veinte días después de su publicación en el Diario Oficial de la UE, aunque su aplicación general se producirá cuatro años y medio más tarde. Este periodo de transición permitirá a las empresas adaptarse progresivamente a los nuevos requisitos, mientras las instituciones desarrollan las herramientas necesarias para su implementación.

RSC

MSD refuerza su compromiso con los pacientes con hipertensión arterial pulmonar

La campaña “Más aire para sus latidos”, promovida por MSD, pone el foco en la detección precoz y el seguimiento

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) continúa siendo una de las enfermedades cardiovasculares raras más complejas tanto por sus dificultades diagnósticas como por el importante impacto que tiene en la calidad de vida de los pacientes. A pesar de los avances terapéuticos alcanzados en los últimos años, todavía persisten importantes retos relacionados con la detección precoz, el acceso a un seguimiento especializado y la necesidad de una mayor concienciación social y sanitaria sobre esta patología.

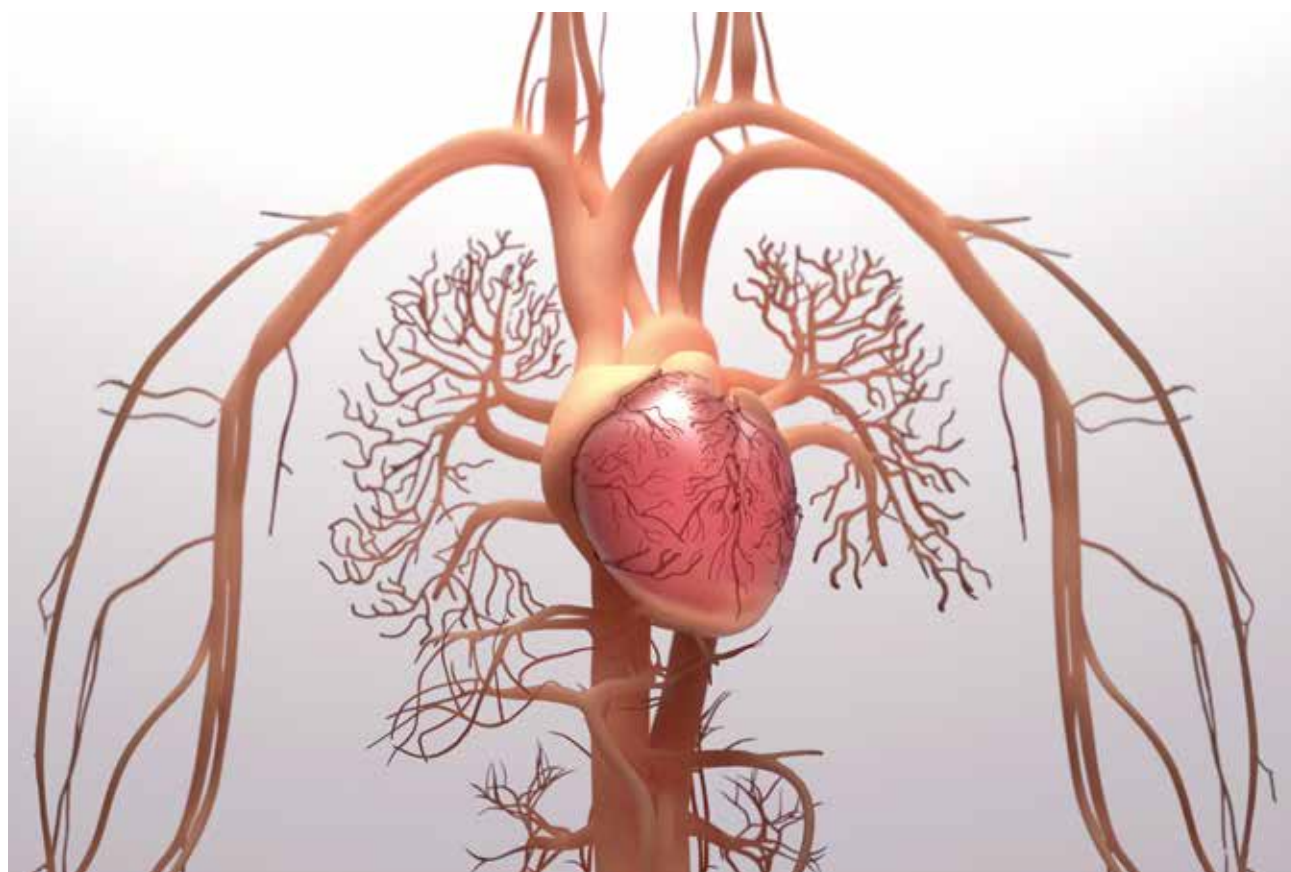
En este contexto, la compañía biofarmacéutica MSD ha puesto en marcha la campaña “Más aire para sus latidos”, coincidiendo con el Día Mundial de la Hipertensión Pulmonar. La iniciativa, avalada por la Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar y la Fundación Contra la Hipertensión Pulmonar, busca visibilizar la realidad de las personas que conviven con esta enfermedad y poner en valor el papel de los profesionales sanitarios en el abordaje integral de la HAP.

La hipertensión arterial pulmonar es una de las formas más graves de las cinco clases de hipertensión pulmonar reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de una enfermedad progresiva que afecta a las arterias pulmonares y obliga al corazón a realizar un mayor esfuerzo para bombear sangre hacia los pulmones. Con el tiempo, esta sobrecarga puede derivar en insuficiencia cardíaca y en un deterioro significativo de la capacidad funcional de los pacientes.

Retos de la HAP

Uno de los principales problemas asociados a la HAP sigue siendo el retraso diagnóstico. Los expertos sitúan el tiempo medio entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico definitivo entre los 12 y los 18 meses. Esta demora se debe, en gran medida, a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas iniciales, como la fatiga, la dificultad respiratoria o los mareos, síntomas que pueden confundirse fácilmente con otras patologías respiratorias o cardiovasculares más frecuentes.

“Esta campaña tiene como objetivo visibilizar los desafíos que persisten en torno a esta patología rara y progresiva. Este año queremos enfatizar nuestro compromiso con las personas con HAP y reconocer el papel esencial de los profesionales sanitarios en el abordaje de la enfermedad, quienes desempeñan un rol clave en su diagnóstico, seguimiento y tratamiento”, explicó Joaquín Mateos, director médico de MSD España.



Además del retraso diagnóstico, la enfermedad presenta otras dificultades añadidas. Según los especialistas, en aproximadamente el 50% de los casos no se logra identificar una causa concreta, lo que complica todavía más el diagnóstico y el inicio precoz del tratamiento. Todo ello repercute directamente en la evolución de los pacientes y en su calidad de vida.

“Estamos hablando de una enfermedad que impacta significativamente en la vida diaria de los pacientes, tanto a nivel físico y emocional como social”, señaló Enrique Carazo, presidente de la Fundación contra la Hipertensión Pulmonar. Las limitaciones funcionales derivadas de la enfermedad condicionan actividades cotidianas básicas y generan, además, una importante carga emocional tanto para los pacientes como para sus familias.

Avances clave

En los últimos años, el abordaje terapéutico de la HAP ha experimentado avances significativos gracias al desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas. Sin embargo, los especialistas coinciden en la necesidad de seguir investigando nuevas dianas terapéuticas y avanzar hacia enfoques más personalizados que permitan adaptar mejor los tratamientos a las características de cada paciente.

Es necesario avanzar hacia enfoques más personalizados para adaptarse mejor al paciente

“Más aire para sus latidos” busca visibilizar la realidad de las personas que conviven con HAP

Junto al tratamiento, el seguimiento clínico especializado constituye otro de los pilares fundamentales en el manejo de esta enfermedad. Las guías clínicas recomiendan realizar evaluaciones periódicas del riesgo para monitorizar la evolución de los pacientes y ajustar las terapias según las necesidades individuales. Para ello, se utilizan modelos de estratificación que permiten identificar factores pronósticos y establecer objetivos terapéuticos específicos. Además, diversos estudios apuntan a que una evaluación integral, basada en la combinación de diferentes parámetros clí-

nicos y funcionales, puede ofrecer una visión más precisa de la progresión de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

Los expertos insisten también en la importancia de que los pacientes sean derivados cuanto antes a centros especializados, donde puedan acceder no solo a una atención multidisciplinar, sino también a apoyo psicológico y social. El retraso diagnóstico, sin embargo, dificulta en muchos casos la llegada temprana a estos circuitos asistenciales especializados.

“Incrementar la concienciación sobre la enfermedad resulta clave para agilizar el diagnóstico e intentar mejorar los resultados en salud. En particular, mejorar la disponibilidad de información dirigida a los pacientes puede contribuir a reducir el tiempo hasta la primera consulta ante la aparición de síntomas”, destacó Sara Heras, trabajadora social de la Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar.

Con iniciativas como “Más aire para sus latidos”, el objetivo es seguir dando visibilidad a una enfermedad poco conocida y poner el foco en la necesidad de mejorar el diagnóstico precoz, favorecer el acceso a la atención especializada y continuar impulsando la investigación para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial pulmonar.

RSC

La Paz impulsa un modelo pionero que integra sostenibilidad y salud en la práctica clínica

La creación de una comisión específica consolida el compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible



ANDREA RIVERO GARCÍA

Madrid

La sostenibilidad ha dejado de ser un concepto periférico en la sanidad para convertirse en un eje estratégico. Así lo refleja la memoria anual 2025 de la Comisión Técnica Consultiva para el Desarrollo Sostenible y Determinantes de la Salud del Hospital Universitario La Paz, que detalla el modelo innovador que busca integrar el impacto ambiental y las desigualdades sociales directamente en la práctica clínica del centro.

El documento parte de una premisa clara: el cambio climático representa ya «la mayor amenaza global para la salud del siglo XXI». Sus efectos no son abstractos, sino tangibles en el aumento de enfermedades respiratorias, cardiovasculares e infecciosas, así como en la intensificación de las desigualdades sociales. En paralelo, los determinantes sociales—como la vivienda, el empleo, la educación o el entorno—explican gran parte de las diferencias en el estado de salud de la población.

Frente a este escenario, el hospital escenario madrileño ha dado un paso más allá al institucionalizar una respuesta estructurada. En septiembre de 2024 se constituyó formalmente esta comisión técnica, concebida como un órgano pionero en España. Su objetivo principal es trasladar los principios de sostenibilidad y equidad al día a día asistencial, conectando la salud individual de los pacientes con una visión más amplia de salud poblacional.

Cambio de paradigma

El enfoque que plantea la comisión supone un cambio profundo en la forma de

entender la medicina. No se trata solo de tratar enfermedades, sino de anticipar riesgos y actuar sobre sus causas estructurales. En este sentido, integrar la sostenibilidad en la práctica clínica implica considerar factores como la contaminación, las olas de calor o la vulnerabilidad social como elementos clave en el diagnóstico y tratamiento.

La memoria subraya que este enfoque no es únicamente una cuestión ética, sino también una necesidad sanitaria. Actuar sobre los determinantes sociales y ambientales permite mejorar los resultados clínicos, reducir la presión asistencial y avanzar hacia un sistema más resiliente.

Además, el hospital se alinea con la Agenda 2030, incorporando los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como marco de referencia. Esto se traduce en iniciativas que buscan no solo mejorar la salud de los pacientes, sino también en reducir el impacto ambiental de la actividad sanitaria y promover la equidad.

Participación profesional

Uno de los aspectos más destacados de la comisión es su carácter participativo. Está concebida como un espacio donde los profesionales sanitarios pueden trasladar inquietudes, proponer medidas y contribuir activamente a la transformación del sistema.

Este enfoque transversal permite abordar la sostenibilidad desde múltiples perspectivas: clínica, organizativa y social. La integración de diferentes perfiles profesionales facilita la identificación de problemas complejos y el diseño de soluciones más completas.

El enfoque del centro va más allá de la enfermedad y pretende anticipar riesgos y actuar sobre sus causas

La memoria recoge que esta estructura busca romper con la fragmentación tradicional del sistema sanitario, promoviendo una visión más integrada en la que la salud no se limita al ámbito hospitalario, sino que se conecta con el entorno y las condiciones de vida de la población.

Salud, clima y equidad

El informe insiste en que la relación entre salud y sostenibilidad es inseparable. El cambio climático no solo afecta al medio ambiente, sino que tiene consecuencias directas sobre la salud humana. Las olas de calor, la contaminación del aire o la expansión de enfermedades infecciosas son algunos de los ejemplos más evidentes.

Al mismo tiempo, estos impactos no afectan a toda la población por igual. Las personas en situación de vulnerabilidad son las más expuestas, lo que refuerza la necesidad de incorporar la equidad como eje central de las políticas sanitarias.

En este contexto, la comisión apuesta por una atención sanitaria que tenga en cuenta estas desigualdades y que contribuya a reducirlas. Esto implica adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada grupo

y trabajar en coordinación con otros sectores.

Un sistema sanitario más sostenible

La iniciativa del Hospital La Paz se enmarca en una tendencia creciente a nivel internacional: la transformación de los sistemas sanitarios para hacerlos más sostenibles. Esto incluye tanto la reducción de la huella ambiental como la mejora de la eficiencia y la equidad.

La memoria destaca que integrar la sostenibilidad en la gestión clínica permite optimizar recursos, reducir costes a largo plazo y mejorar la calidad asistencial. Además, refuerza el compromiso institucional con la sociedad, posicionando al hospital como un referente en innovación sanitaria.

Aunque la comisión es relativamente reciente, su creación marca un punto de inflexión. El documento apunta a que este modelo podría servir de referencia para otros centros sanitarios, tanto a nivel nacional como internacional.

El reto ahora es consolidar las iniciativas y medir su impacto real en la salud de la población. Para ello, será clave desarrollar indicadores, fomentar la investigación y mantener la implicación de los profesionales.

En definitiva, la memoria 2025 refleja un cambio de rumbo en la sanidad, donde la sostenibilidad deja de ser un complemento para convertirse en un elemento central. La experiencia del Hospital La Paz demuestra que es posible avanzar hacia un modelo que no solo cure enfermedades, sino que también contribuya a construir una sociedad más justa, saludable y sostenible.

RSC

Laboratorios Viñas apoya a Farmamundi para proteger la salud de mujeres y niñas en 2025

Esta ONG actuó en 11 emergencias, atendió a más de 49.000 personas y alertó de la falta de fondos humanitarios

El año 2025 nos dejó un mundo inmerso en conflictos armados prolongados, desplazamientos forzados, brotes epidémicos y desastres naturales que han afectado a millones de personas de un amplio número de países.

A pesar de las dificultades, la inseguridad y el descenso de la financiación para paliar sus efectos, el Fondo de Acción Humanitaria y de Emergencias de Farmamundi (FAHE) pudo responder a 11 crisis humanitarias en 11 países, en los que atendió directamente casi a 49.000 personas en algunas de las emergencias más graves y menos visibles, o más olvidadas, a nivel internacional. El 67% de las personas atendidas fueron mujeres y niñas, es decir, dos de cada tres, reflejo de una estrategia que sitúa su protección, su salud y sus derechos en el centro de la respuesta.

“Desde el Fondo de Emergencias de Farmamundi hemos puesto el foco en la atención sanitaria y el suministro de medicamentos, la prevención de epidemias, apoyo psicosocial y protección, junto con la distribución de alimentos, artículos básicos y ayuda económica, con un enfoque prioritario en mujeres y niñas”, subraya la responsable de Acción Humanitaria de Farmamundi, Tania Montesinos. Además, alerta de la falta de recursos para desarrollar estas actividades.

Eje central de la respuesta humanitaria

Este pasado año, las intervenciones del Fondo de Emergencias de Farmamundi tuvieron lugar en once países:

Etiopía – Se suministraron medicamentos y se reforzó el hospital de Samre, ciudad situada en el norte de Etiopía, para garantizar la salud sexual y reproductiva y atención a la violencia de género tras la guerra en Tigray.

Haití – Se trabajó en una respuesta urgente tras el huracán Melissa ofreciendo atención médica de emergencia, apoyo psicosocial, ayuda económica en efectivo, alimentos y distribución de artículos de primera necesidad como alimentos, agua potable y kits de higiene. Se organizaron jornadas comunitarias de atención médica básica para prevenir y detectar enfermedades.

Kenia – Se mejoró el Centro de Salud de Eastleigh North, un barrio de Nairobi, con un laboratorio y se aportaron medicamentos y reactivos esenciales. Se incrementó la atención en salud sexual y reproductiva, se distribuyeron kits de higiene y suplementos nutricionales infantiles.

Líbano – La escalada de hostilidades entre Israel y Líbano a partir de septiembre de 2024 agravó una situación ya



Farmamundi en Siria.

marcada por el colapso económico y la inestabilidad social. Esta tesitura ha golpeado con especial dureza a las mujeres jefas de hogar, que afrontan desempleo, pérdida de ingresos y una creciente exclusión social. Se dio apoyo económico urgente para mujeres desplazadas mediante formación en artesanía tradicional y moderna para impulsar su autonomía económica.

Myanmar – Después del terremoto de Myanmar del 28 de marzo, se ofreció atención médica de emergencia, incluida la salud mental. También se entregó ayuda económica directa para cubrir necesidades urgentes de las familias afectadas.

Palestina – La ofensiva militar en la Franja de Gaza ha provocado una catástrofe humanitaria prolongada y sin precedentes, con más de 70.000 personas fallecidas desde octubre de 2023, un colapso casi total de los servicios básicos y en medio del crudo invierno. Se facilitó ayuda vital a familias desplazadas en la zona con acceso inmediato a alimentos, distribuyendo artículos de primera necesidad para garantizar condiciones mínimas de supervivencia a familias desplazadas que sobreviven en una situación extrema.

República Democrática del Congo (RDC) – La violencia armada en Kivu Norte, provincia del este del país fronteriza con Uganda y Ruanda, provocó desplazamientos masivos y un aumento de la violencia contra mujeres y niñas. Se reforzaron tres centros de salud en Kivu Norte con medicamentos y atención prioritaria en salud materno infantil, salud sexual y reproductiva y apoyo integral a supervivientes de violencia sexual.

El 67% de las personas atendidas por el FAHE fueron mujeres y niñas, es decir, dos de cada tres personas

República Dominicana – Las nuevas políticas migratorias en la República Dominicana han profundizado una crisis crónica que afecta a miles de personas migrantes haitianas y a dominicanas de ascendencia haitiana. Se ofreció atención integral en salud materna para mujeres migrantes en situación de exclusión y formación sanitaria y consultas especializadas con provisión de medicamentos. La acción benefició a 3.240 personas, todas ellas mujeres y menores, en un contexto marcado por la exclusión y la inseguridad jurídica.

Siria – En Siria, tras más de 14 años de guerra, los terremotos y la reactivación del conflicto han forzado nuevos desplazamientos en el noroeste del país. Se facilitó apoyo humanitario a la población desplazada en Jindires, ciudad histórica situada en el norte de Siria y cerca de la frontera turca, con medicamentos y equipamiento para el centro de salud. También se hizo entrega de alimentos, agua, abrigo y apoyo en refugio para cubrir necesidades básicas.

Uganda – El brote de ébola declarado en enero de 2025 puso en riesgo a miles de personas refugiadas en el asentamiento de Kyaka II, al suroeste de Uganda, que acoge a más de 120.000

personas. La intervención se centró en la detección temprana de casos, la formación del personal sanitario y la prevención comunitaria para contener la expansión del virus. Se brindó una respuesta sociosanitaria urgente y se llevaron a cabo acciones para contener la propagación y proteger a la población refugiada.

Yemen – Tras más de nueve años de guerra, Yemen continúa inmerso en una de las crisis humanitarias más graves del mundo. El colapso del sistema sanitario y la falta de acceso a agua potable y saneamiento, que afecta a 18 millones de personas, han provocado brotes recurrentes de cólera y otras enfermedades prevenibles. La intervención consistió en suministrar medicamentos de emergencia en Hodeida, capital de la provincia situada en la costa del Mar Rojo y uno de los principales puertos del país. También se trabajó en el fortalecimiento del personal sanitario en gestión de riesgos y control de enfermedades.

El Fondo de Emergencias de Farmamundi “garantiza una respuesta rápida, independiente y adaptada a cada contexto, especialmente en crisis prolongadas que rara vez ocupan espacio en la agenda mediática”, concluye Montesinos.

Farmamundi agradece a Laboratorios Viñas su responsabilidad social y la verdadera solidaridad que demuestra su empeño por apoyar intervenciones humanitarias que ayuden a paliar la crítica situación sanitaria y alimentaria de muchas familias desde el año 2007, también como miembro del Fondo de Emergencias de Farmamundi.

RSC

La Xunta asiste al taller de CEMTex sobre economía circular en textiles sanitarios

La reunión contó con representantes del sector médico y textil

EL GLOBALFARMA

Madrid

El Servizo Galego de Saúde, a través de la Axencia Galega de Coñecemento en Saúde (ACIS) y de Galaria, celebró esta semana la segunda reunión del proyecto CEMTex, iniciativa europea de Interreg Europe que reúne a los principales actores del sector para abordar la sostenibilidad y la economía circular en los textiles médicos.

El evento contó con la presencia del gerente del Sergas, José Ramón Parada; del gerente de ACIS, Antonio Fernández-Campa; de la gerente de Galaria, Rocío Mosquera; y de la coordinadora de Economía Circular del Sergas, Beatriz Piñeiro.

El objetivo principal de la jornada fue revisar los avances y resultados obtenidos durante el primer año de CEMTex, al mismo tiempo que explorar nuevas ideas para el diseño de una bata quirúrgica más sostenible. La propuesta de un diseño innovador busca minimizar la generación de desechos y la utilización de materiales contaminantes, contribuyen-



Participantes en el taller.

do a la reducción de textiles de un solo uso en los hospitales y centros de salud. El taller permitió generar un espacio de colaboración entre todos los asistentes

para pensar en soluciones tecnológicas innovadoras que fomenten la reutilización y el reciclaje de los textiles médicos, área clave dentro de los esfuerzos por

avanzar hacia una economía más circular en el ámbito sanitario.

Disminución de residuos

CEMTex sigue siendo una de las iniciativas más relevantes para mejorar la sostenibilidad de los textiles médicos, un paso importante para la reducción de la huella de carbono de la industria sanitaria, con especial énfasis en la reutilización de materiales y la disminución de residuos en la práctica médica.

El proyecto CEMTex comenzó en el mes de mayo de 2025 y se extenderá hasta 2029, con un presupuesto de 1,7 M€ de fondos europeos y el objetivo de cerrar el ciclo de los textiles médicos, aplicando los principios de la economía circular para reducir el impacto ambiental de estos.

El proyecto cuenta con la participación de la provincia de Gelderland (Países Bajos) como coordinadora, junto a socios de Dinamarca, Italia, Rumanía, Luxemburgo, República Checa y Ucrania. El Servizo Galego de Saúde, a través de la Axencia Galega de Coñecemento en Saúde, es el único representante español en este proyecto europeo.

En la reunión también participaron actores clave como la Agrupación Industrial de Saúde Galicia, el director de coordinación del O61 y diversos integrantes de la Escuela de Diseño y Moda.

Los hospitales intensifican su acción climática con medidas de reducción de emisiones y residuos

ANDREA RIVERO GARCÍA

Madrid

La descarbonización del sector sanitario gana velocidad a nivel internacional. El Informe 2025 de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables refleja un crecimiento "sin precedentes" de la red, que ya supera los 2.300 miembros en todo el mundo y suma cerca de 300 nuevas instituciones sanitarias en el último año, consolidando una expansión del 14% en un contexto de creciente compromiso con la sostenibilidad y la acción climática.

Uno de los principales hitos del informe es que uno de cada cuatro miembros de la red ya se ha comprometido con el llamado "Desafío de la salud por el clima", una iniciativa orientada a transformar los compromisos ambientales en medidas concretas y medibles de descarbonización dentro de hospitales y sistemas sanitarios. La red, impulsada por Health Care Without Harm y sus equipos regionales, considera que el sector sanitario se encuentra en un «punto de inflexión» en materia climática, en un momento en el que los siste-

mas de salud afrontan tanto el impacto creciente de las emergencias climáticas como la presión para reducir su propia huella ambiental.

El crecimiento de las iniciativas climáticas también se refleja en el aumento de participantes en programas específicos de reducción de emisiones. El "Desafío de la salud por el clima" incorporó este año 108 nuevos participantes procedentes de 20 países, alcanzando un total de 575 miembros en 54 países. Paralelamente, la iniciativa «Carrera hacia el cero para el sector salud» sumó 31 nuevos participantes de 15 países y reúne ya a 105 miembros en 30 países.

La estructura internacional de la red se apoya en oficinas regionales y socios estratégicos distribuidos en distintos continentes, incluyendo entidades como Projeto Hospitais Saudáveis, Climate and Health Alliance o Public Health Foundation of India, además de equipos específicos para América Latina, Europa y el Sudeste Asiático.

El informe pone el foco en la necesidad de pasar de las declaraciones institucionales a la implementación práctica



de estrategias de descarbonización en los hospitales. En este contexto, la Comunidad de Acción para la Reducción de Emisiones (CARE) se consolida como una de las principales herramientas colaborativas de capacitación impulsadas por la red.

La iniciativa, desarrollada en América Latina, Europa y Oceanía, combina talleres técnicos, visitas hospitalarias y espacios de intercambio entre profesionales para ayudar a las instituciones sanitarias a construir establecimientos resilientes y de emisiones cero.

Uno de los encuentros destacados tuvo lugar en Barcelona, en el marco de CleanMed Europa, donde los participantes visitaron el Hospital de Sant Pau, presentado en el informe como el primer

"hospital verde" del mundo. Allí se abordaron herramientas de simulación de escenarios y estrategias relacionadas con economía circular, movilidad sostenible y medicina digital.

Casos prácticos

El informe también recopila ejemplos concretos de hospitales que ya están aplicando medidas. Entre ellos destacan Méderi Red Hospitalaria, el Hospital Metropolitano de Santiago HOMS, el Peter MacCallum Cancer Centre y el Shefaa Al Orman Hospital, entre otros.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA



RSC

SIGRE aúna comunicación, salud y medioambiente frente a la desinformación

La salud no cabe en un reel de 30 segundos... ¿o sí?

Un reciente artículo de *The New York Times* alerta sobre una tendencia cada vez más relevante: muchas personas buscan consejos de salud y bienestar en redes sociales, a menudo de la mano de influencers que no son profesionales sanitarios.

Según *Pew Research Center*, cuatro de cada diez adultos en USA reciben información de salud de influencers; y no todos quienes generan ese contenido cuentan con formación sanitaria acreditada, sino que su cualificación se basa en sus experiencias personales, como la gestión de su propia enfermedad o el hecho de ser padres.

Y es que compartir la propia experiencia de pérdida de peso, algún producto milagro o el diagnóstico de cáncer es una forma rápida de generar confianza.

Todos sabemos que las anécdotas personales suelen crearnos el sesgo de que son más convincentes que los mensajes institucionales. Prueba de ello es que el Edelman Trust Barometer 2026 volvía a advertirnos de la erosión de la confianza en las instituciones —gobierno, empresas, medios y ONG—.

Esta erosión se agrava en un entorno de desinformación y en donde las redes sociales actúan como verdaderas autopistas de transmisión de la misma.

El problema no es que se hable de salud en redes. Al contrario: emplear los canales que todos cada vez más usamos para estar informados es imprescindible. El riesgo aparece cuando una experiencia personal se presenta como recomendación universal, cuando un consejo viral sustituye a una consulta profesional o cuando la desinformación empuja, por ejemplo, a la automedicación incontrolada.

Por eso en SIGRE lo tienen claro: cuidar la salud implica promover un uso racional del medicamento. Por eso insisten en revisar periódicamente el botiquín, conservar los medicamentos en su envase y con su prospecto, cumplir los tratamientos prescritos, consultar en caso de duda al farmacéutico y llevar al Punto SIGRE de la farmacia los medicamentos caducados, en mal estado o que ya no se necesitan. Este gesto ayuda a además a proteger el medioambiente.

El reciclaje es fundamental para cuidar del medio ambiente porque permite reducir la cantidad de residuos que terminan en los ecosistemas y ayuda a conservar los recursos naturales. Además, al reutilizar materiales como papel, vidrio, plástico y metal, se necesita menos energía para producir nuevos productos, lo que contribuye a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y a combatir el cambio climático.



Por eso, reciclar es una acción sencilla pero muy importante para cuidar de la salud global, ya que el bienestar de las personas, de los animales y del planeta está estrechamente relacionado (One Health).

La separación en origen (en casa, trabajo o escuela) es un gesto imprescindible para que el proceso de reciclaje funcione, permitiendo clasificar correctamente los residuos desde el momento en que se generan, evitando que los materiales reciclables se mezclen con restos orgánicos u otros desechos que puedan comprometer su valorización.

Un gesto que puede verse comprometido por los bulos o las dudas que pueden suscitarse entre los ciudadanos en esta materia. Entre ellas, se encuentra la duda sobre el destino final de los residuos, que de acuerdo al último sondeo a ciudadanos elaborado para SIGRE, desanima hasta a un 81% de la población española a la hora de reciclar.

De ahí que SIGRE se haya lanzado este año a la aventura de abrir un canal en TikTok, subir contenidos a YouTube Shorts o apostar por campañas de comunicación más frescas para seguir

promoviendo un uso adecuado de los medicamentos y la correcta gestión de sus residuos a través del Punto SIGRE de las farmacias.

Precisamente este Punto cuenta con un código QR que redirige a una landing donde el ciudadano puede obtener información sobre el tratamiento que reciben los residuos de medicamentos. De esta manera, con un simple escaneo, el ciudadano puede conocer cómo, a través de la logística inversa, la distribución farmacéutica aprovecha el reparto de nuevos medicamentos a las farmacias para recoger los residuos depositados en el Punto SIGRE y los almacena en sus instalaciones. Desde ahí, gestores au-

La transparencia en la gestión de residuos refuerza el compromiso ciudadano

SIGRE apuesta por las redes sociales para promover el uso adecuado de medicamentos y la gestión de sus residuos

torizados los llevan hasta la Planta de Clasificación de Envases y Residuos de Medicamentos.

En esta Planta, la aplicación de la inteligencia artificial y la robótica en la separación y clasificación de los residuos permiten ya reciclar el 70 por ciento de los envases recogidos. Un elevado porcentaje al que contribuye también el esfuerzo que la industria farmacéutica lleva a cabo en materia de ecodiseño. Desde el año 2000, las compañías farmacéuticas han implementado más de 3.500 iniciativas de ecodiseño sobre sus envases. Gracias a este esfuerzo continuo, y a pesar de las limitaciones legales existentes, cada año se ponen en el mercado español cerca de 500 millones de fármacos (uno de cada tres) con alguna mejora medioambiental en su envase, lo que ha permitido reducir su peso medio en más de un 25 %.

Porque en salud, la confianza no debe medirse en el número de seguidores, sino en conocimiento y evidencia científica.

FARMACIA

El Gobierno aprueba la reforma del copago farmacéutico: las claves del nuevo modelo

La iniciativa impulsada por Sanidad y Hacienda amplía de tres a seis los tramos de renta e introduce nuevos topes

JAVIER ALBERCA LAMAS

Madrid

El Consejo de Ministros ha aprobado en mayo un nuevo real decreto-ley por el que se modifica el sistema de aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. La reforma, impulsada conjuntamente por los ministerios de Sanidad y Hacienda, tendrá un impacto presupuestario estimado de 265,63 millones de euros, según la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, y amplía los tramos de renta respecto al modelo actual para avanzar hacia un copago más progresivo.

Según la información difundida por el Ministerio de Sanidad, el nuevo modelo incorpora nuevos tramos de aportación y topes mensuales progresivos en función de la renta "sin incrementar la aportación que realizaban hasta ahora los diferentes colectivos". La ministra de Sanidad, Mónica García, defendió tras el Consejo de Ministros que se trata de "una reforma muy importante del sistema de copago farmacéutico" y subrayó que la norma busca corregir "las desigualdades muy evidentes del sistema actual". El objetivo es adaptar el modelo vigente de copago farmacéutico a la capacidad económica real de la ciudadanía, reducir desigualdades y garantizar la continuidad de los tratamientos, especialmente entre pacientes con rentas medias y bajas y personas polimedicadas. Es decir, busca "asegurar que las condiciones económicas no supongan una barrera para la continuidad de los tratamientos".

Sanidad enmarca la medida en un contexto de incremento del coste de vida e incertidumbre económica internacional. El Gobierno considera necesario adaptar el modelo vigente para corregir situaciones de desigualdad detectadas en pacientes con rentas bajas y medias que, pese a no estar exentos, asumían una carga económica elevada por tratamientos prolongados o de alta necesidad terapéutica.

Topes para rentas bajas y medias

García señaló que el Ejecutivo había observado mayores problemas de adherencia terapéutica entre personas activas con rentas bajas, ya que los pensionistas sí contaban con topes de aportación. Según explicó, el sistema vigente "penalizaba especialmente a muchos trabajadores con algunas enfermedades



La ministra de Sanidad, Mónica García.

que necesitaban tratamientos crónicos o tratamientos prolongados".

La principal novedad de la norma es la ampliación de los niveles de aportación para personas activas y sus beneficiarios, que pasan de tres a seis tramos de renta. En comparación con el modelo actual, que fija tres grandes porcentajes generales para activos (40% para rentas inferiores a 18.000 euros, 50% para rentas de entre 18.000 y 100.000 euros y 60% para rentas iguales o superiores a 100.000 euros), la reforma introduce una mayor segmentación entre las rentas bajas y medias. La ministra resu-

mió esta parte de la reforma como una apuesta por "la equidad y la progresividad", al considerar que la nueva distribución resulta "más equitativa" que el esquema anterior.

La norma incorpora un tramo intermedio para pensionistas con rentas entre 18.000 y 60.000 euros anuales

En concreto, las personas activas con rentas inferiores a 9.000 euros mantendrán un copago del 40%, con un límite máximo mensual de 8,23 euros. Para rentas de entre 9.000 y 17.999 euros, el copago será también del 40%, con un tope de 18,52 euros al mes. En el tramo de 18.000 a 34.999 euros, la aportación será del 45%, con un máximo mensual de 61,75 euros.

Para las rentas de 35.000 a 59.999 euros, el copago será del 45%, sin tope mensual. En el caso de las rentas de 60.000 a 99.999 euros, la aportación será del

50%, también sin límite máximo mensual. Las personas con ingresos superiores a 100.000 euros tendrán un copago del 60%, igualmente sin tope mensual. Además, se incorporan nuevos topes máximos mensuales para los colectivos con una renta anual inferior a 35.000 euros, que hasta ahora no disponían de límites específicos. Según Sanidad, esta medida busca limitar el impacto económico en las personas con tratamientos prolongados y en pacientes polimedicados. García destacó que estos límites permitirán que, "como con los pensionistas", las personas con tratamientos

El objetivo, según Sanidad, es hacer el sistema "más sensible a la realidad social" y "más coherente"

prolongados o caros tengan una aportación máxima mensual.

Cambios para pensionistas y exentos

La reforma también introduce cambios para los pensionistas. En el sistema actual, la aportación general de este colectivo es del 10%, salvo para rentas superiores a 100.000 euros, donde asciende al 60%, y los topes mensuales se sitúan en 8,23 euros para rentas inferiores a 18.000 euros, 18,52 euros para rentas de entre 18.000 y 100.000 euros y 61,75 euros para rentas superiores.

Con el nuevo modelo, los pensionistas con rentas inferiores a 18.000 euros tendrán un copago del 10%, con un límite mensual de 8,23 euros. Quienes tengan ingresos de entre 18.000 y 59.999 euros

mantendrán un copago del 10%, con un máximo de 13,37 euros al mes. Para rentas de 60.000 a 99.999 euros, el copago será del 10%, con un límite mensual de 18,52 euros. En el caso de pensionistas con rentas superiores a 100.000 euros, la aportación será del 60%, con un tope de 61,75 euros mensuales.

La norma incorpora un nuevo tramo intermedio para pensionistas con rentas entre 18.000 y 60.000 euros anuales y actualiza los topes máximos de aportación mensual de manera progresiva. Además, establece la exención automática para los pensionistas perceptores de complementos por mínimos, con el objetivo de evitar que las revalorizaciones de las pensiones puedan provocar la pérdida de este derecho.

El real decreto-ley mantiene, asimismo, las exenciones ya existentes para colectivos vulnerables, como personas beneficiarias del ingreso mínimo vital, perceptores de pensiones no contributivas, personas desempleadas sin prestación, menores con discapacidad reconocida y personas afectadas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. También, incorpora expresamente la exención para las personas beneficiarias del complemento de ayuda para la infancia. García insistió en que la reforma "no supone un aumento de lo que pagan a día de hoy los ciudadanos por los medicamentos", sino que el Estado asumirá una mayor parte del coste para reducir la aportación de las rentas bajas y medias.

Impacto en la adherencia terapéutica

El Ministerio señala que diversos análisis técnicos elaborados por el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica han puesto de manifiesto que determinados niveles de aportación pueden afectar negativamente a la adherencia terapéutica y favorecer interrupciones o reducciones de los tratamientos por motivos económicos, con impacto sobre la salud de los pacientes y sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Sanidad defiende que la reforma contribuirá a mejorar la adherencia terapéutica, prevenir complicaciones evitables y reducir la presión asistencial derivada de interrupciones de tratamientos por motivos económicos. En palabras de García, el objetivo es hacer el sistema "más sensible a la realidad social" y "más coherente", y que "nadie deje de acceder a un tratamiento" por dinero.



Premios Fundamed & wecare-u 2026



Ceremonia de entrega

Madrid, 10 de junio de 2026. 19:00 h.

(Asistencia con invitación previa)

Jardines Sede Wecare-u.

Barón de la Torre, 5 - 28043 Madrid

Convoca:



Apoyan:

ELGLOBALFARMA
GACETA MÉDICA

Organiza:



Más información:

premiosfundamed.com

Tel.: 609 935 277

secretaria@fundacionfundamed.org

Riaza y Marco recurren las elecciones del MICOV y la Mesa suspende cautelarmente la toma de posesión

Voz Farmacéutica y Avanza MICOV cuestionan el voto por correo mientras Jiménez carga contra los recursos.

CLAUDIA VAQUERO REINA

Madrid

Las elecciones al Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOV), celebradas el pasado 10 de mayo, afrontan ahora un escenario de incertidumbre tras la presentación de recursos por parte de dos de las tres candidaturas concurrentes y la posterior decisión de la Mesa Electoral de suspender cautelarmente la toma de posesión de la candidatura proclamada electa.

En los comicios resultó vencedor Juventino Jiménez Piqueras, candidato de Impulso Farmacéutico, en una contienda a tres bandas frente a Sergio Marco Peiró (Voz Farmacéutica), que obtuvo 772 votos, y Santiago Riaza (Avanza MICOV), que logró 678 apoyos. Según los datos del proceso electoral, se emitieron un total de 2.417 sufragios, de los cuales 1.985 correspondieron al voto por correo, además de contabilizarse 114 votos nulos.

Casi diez días después de la proclamación de resultados, tanto la candidatura de Riaza como la de Marco han presentado recursos de reposición ante la Mesa Electoral cuestionando el procedimiento seguido en la gestión del voto por correo. Frente a ello, la candidatura vencedora, encabezada por Jiménez, ha respondido públicamente a la suspensión cautelar acordada por la Mesa Electoral. En un comunicado remitido a El GlobalFarma, Impulso Farmacéutico sostiene que el argumento central de ambas impugnaciones se basa en "un presunto defecto de forma en el envío del voto por correo" y defiende que todo el procedimiento estuvo "supervisado en todo momento por la notaría".

Fuentes oficiales del MICOV han confirmado a este medio que "se han presentado varios recursos de reposición por parte de las candidaturas de Marco y Riaza". Asimismo, desde el colegio recuerdan que la Mesa Electoral ya ha dictado una resolución en la que comunica "la suspensión cautelar de la toma de posesión prevista para esta misma mañana" y fija un plazo máximo de "15 días naturales" para dar respuesta a los recursos interpuestos.

"Graves irregularidades"

En el caso de 'Avanza MICOV', la candidatura ha difundido un comunicado en el que denuncia "graves irregularidades" durante el escrutinio. Según sostiene en el recurso registrado, "una parte significativa de los votos por correo admitidos durante el escrutinio no habría sido certificada individualmente, tal y como establecen los Estatutos del MICOV y las normas electorales dictadas por la propia Mesa Electoral".

Según la versión trasladada por esta candidatura, numerosos sobres habrían sido remitidos "agrupados en paquetes



Sergio Marco (Voz Farmacéutica), Juventino Jiménez (Impulso Farmacéutico) y Santiago Riaza (Avanza MICOV).

colectivos certificados de manera conjunta", un procedimiento que, a juicio de 'Avanza MICOV', "vulnera las garantías básicas de trazabilidad, autenticidad y confidencialidad" del proceso electoral.

Además, la candidatura encabezada por Riaza sostiene además que el sistema empleado "impedía verificar de manera individualizada el origen de cada voto y comprometía el carácter secreto del sufragio". Asimismo, el recurso asegura que durante el escrutinio la Mesa Electoral habría realizado consultas al notario encargado de custodiar el voto por correo para tratar de validar el procedimiento utilizado.

El escrito presentado por 'Avanza MICOV' añade que "las decisiones adoptadas durante el recuento fueron cam-

"El recurso solicita la nulidad de los votos remitidos en bloques y la realización de un nuevo escrutinio"

biando a lo largo de la noche en medio de una fuerte controversia entre las distintas candidaturas". También señala que la candidatura de Jiménez defendió la validez de los votos agrupados y aportó comunicaciones atribuidas a la notaría para justificar el procedimiento.

La candidatura de Riaza mantiene que la Mesa Electoral aceptó esos votos pese a las objeciones planteadas tanto por 'Avanza MICOV' como por 'Voz Farmacéutica'. Por ello, el recurso solicita "la nulidad de los votos remitidos en bloques y la realización de un nuevo escrutinio excluyendo dichos sufragios".

Infracciones denunciadas

De forma paralela, la candidatura de Marco también ha presentado un re-

curso de reposición frente al acuerdo de proclamación de la candidatura electa. Así se recoge en la resolución emitida por la propia Mesa Electoral, documento en el que se indica que el recurso "interesa la anulación de voto por correo en base a distintos argumentos y, consecuentemente, solicita la repetición del proceso electoral".

La resolución, difundida por la Mesa Electoral, señala igualmente que el recurso de 'Voz Farmacéutica' solicitaba como medida cautelar la suspensión de la toma de posesión de la candidatura proclamada electa "por cuanto que las infracciones denunciadas son constitutivas de causas de nulidad de pleno derecho además de afectar a derechos fundamentales".

Impulso Farmacéutico atribuye la impugnación a "una pataleta de malos perdedores"

En su análisis preliminar, y sin entrar aún en el fondo del asunto, la Mesa Electoral considera que el recurso presentado por la candidatura de Marco "aporta los suficientes argumentos jurídicos como para entender, sin prejuzgar el fondo del asunto, que las infracciones denunciadas deben ser valoradas por especialistas en la materia".

Asimismo, la Mesa sostiene que existe "un peligro objetivo por la demora" en la resolución del recurso y argumenta que la suspensión cautelar de la toma de posesión resulta "menos lesiva para los intereses en juego que la ejecución de un acuerdo que, en la hipótesis de su anulación, comportaría graves perjuicios reales y probablemente irreparables".

Por su parte, la candidatura de Jiménez afirma que la Mesa Electoral proclamó oficialmente a la candidatura vencedora mediante un acta "firmada por los tres candidatos" tras el recuento celebrado el pasado 11 de mayo. "Es como si ahora la Mesa actuara contra sí misma, porque se desdice de lo que antes validó", afirma Jiménez en el comunicado, en el que también cuestiona "quién asesora a la Mesa en este dislate".

"En el aire"

En esta línea, el candidato de Impulso Farmacéutico insiste en que la suspensión cautelar de la toma de posesión puede afectar al funcionamiento ordinario del colegio y sostiene que la medida "pone en peligro el cobro de la facturación de abril de las farmacias valencianas", además de dejar "en el aire" la firma del Convenio de Prestaciones con la Conselleria de Sanidad y retrasar otros asuntos colegiales pendientes.

El comunicado eleva el tono frente a las candidaturas recurrentes. Desde Impulso Farmacéutico se atribuye la impugnación a "una pataleta de malos perdedores", mientras que el propio Juventino Jiménez asegura estar "preocupado por las consecuencias que puede asumir la Mesa sin saberlo; al fin y al cabo, somos farmacéuticos y no abogados".

Por último, Jiménez afirma que su candidatura todavía no ha recibido formalmente el contenido de la impugnación y sostiene que dicha comunicación sería "preceptiva jurídicamente". "No tenemos más remedio que esperar a conocer el contenido de esa impugnación, que a fecha de hoy no nos ha llegado", señala el candidato, que añade que Impulso Farmacéutico se reserva "cuantas acciones legales" considere oportunas "contra esta resolución".

Cofares, a la vanguardia del sector farmacéutico al integrar tecnologías punteras en su operativa diaria

Eduardo Pastor, presidente de la cooperativa de distribución líder en España: "Desde hace tiempo entendimos la importancia de anticiparnos y crear una organización orientada hacia la cultura basada en el dato"

EL GLOBALFARMA

Madrid

El sector farmacéutico español está inmerso en una importante transformación tecnológica impulsada por la necesidad de optimizar la cadena de suministro, mejorar la atención al paciente y garantizar la capilaridad de la red de distribución de medicamentos. Por ello, la digitalización y la inteligencia artificial (IA) se han convertido en grandes aliadas tanto para la farmacia comunitaria como la distribución farmacéutica.

En el caso de Cofares, la cooperativa de distribución farmacéutica de gama completa líder en España, más allá de haberse adaptado a este novedoso panorama, ha ido a la vanguardia del sector. Y es que integra desde hace tiempo nuevas tecnologías en su operativa diaria para maximizar su eficiencia. De hecho, inició su estrategia de digitalización en 2018, con la creación de un área específica de Big Data y la incorporación de ingenieros expertos en IA. Una transformación que le ha aportado la madurez suficiente como para poder aplicar la IA en sus procesos logísticos habituales.

"Hace mucho que entendimos la importancia de anticiparnos y crear una organización orientada hacia la cultura basada en el dato, por lo que la irrupción de la IA nos ha pillado preparados. Utilizar datos fiables y de calidad nos ayuda a tomar las decisiones correctas y reaccionar con velocidad y flexibilidad", asegura Eduardo Pastor, presidente de Cofares.

Precisamente, haber invertido y desarrollado tecnología desde hace años, junto a la capacidad de adaptación a cualquier circunstancia, ha permitido a la Cooperativa dar una respuesta inmediata en momentos críticos para la sociedad. Algunos ejemplos son: la pandemia de COVID-19, la DANA, el temporal Filomena, el terremoto de Lorca, la erupción del volcán de La Palma o el apagón a nivel nacional. En concreto, durante la DANA en la Comunidad Valenciana activó un sistema alternativo Vía Satélite y una contingencia por redes 5G para mantener activa la operativa.

Tecnología al servicio de la salud

La apuesta de Cofares, junto a sus cerca de 12.000 socios titulares de farmacia, por la innovación, la excelencia operativa y la tecnología al servicio de la salud ha fortalecido su papel como socio estratégico de la farmacia.

Sólo en 2025, Cofares ha invertido más de 20 millones de euros en modernizar su red de 48 centros y plataformas —repartidos estratégicamente por toda la geografía nacional—, de los cuales buena parte se han destinado a tecnología puntera. Algo que le ha permitido contar con una red logística —la mayor



del país— eficiente, automatizada, al servicio de la farmacia y preparada para afrontar desafíos presentes y futuros.

"Disponemos de tecnologías diferenciales y tenemos implementada la IA en todos los ámbitos de nuestra Cooperativa. También contamos con un alto grado de robotización en nuestros almacenes, con el objetivo de optimizar los procesos internos", apunta el presidente de Cofares.

Además, la apuesta por la cultura basada en el dato se materializa en la Torre de Control, que sintetiza y procesa más de 10.000 terabytes de datos mensuales que se concentran en la Plataforma Analítica de Cofares, genera 450 dashboards

"Disponemos de tecnologías diferenciales y tenemos implementada la IA en todos los ámbitos de la Cooperativa"

y trabaja con más de 8.500 tablas. Para dar soporte a la Plataforma Analítica, la Cooperativa emplea las tecnologías de Google en el procesamiento de datos.

Así, esta plataforma permite analizar en tiempo real la situación de 442,2 millones de unidades de medicamentos y productos de salud y más de 85.000 referencias. Esto significa garantizar la trazabilidad cada mes de 30 millones de medicamentos a lo largo de todo el territorio nacional. O, dicho de otro modo, gestionar un millón de líneas de pedido diarias, que se distribuyen en un total de 2.455 rutas al día.

Sobre estos datos Cofares utiliza la IA, que permite detectar patrones y eventos que alertan de potenciales problemas, así como acelerar ciertas operaciones

que antes eran muy costosas en términos de tiempo.

Todo ello permite a la Cooperativa garantizar el acceso de 1 de cada 3 medicamentos en todas las farmacias socias, sin importar dónde están ubicadas, realizando, por tanto, una labor de servicio público.

Aplicar la IA en la operativa diaria

Por otro lado, la IA generativa ha abierto un gran abanico de posibilidades, por ejemplo, a la hora de aumentar las capacidades que actualmente están implantadas en la farmacia. En este sentido, Cofares pone a disposición de sus socios un SmartChatBot, que proporciona

La transformación digital ha permitido a Cofares contar con una red eficiente, automatizada y preparada para afrontar desafíos

una experiencia de uso extraordinaria en todas las gestiones en la farmacia.

Asimismo, Cofares Responde (CORE), el servicio centralizado de atención a las farmacias, ha dado un paso decisivo en su transformación digital con la incorporación de IA, que permite ofrecer una atención aún más personalizada a los socios.

Otros ejemplos pueden verse a través de Nexo, la herramienta que proporciona asesoramiento y estrategias para impulsar el crecimiento, mejorar la rentabilidad y facilitar la gestión de las farmacias; o Farmanager, una solución tecnológica para optimizar la gestión de la farmacia mediante la digitalización.

Mientras, a nivel interno, la Cooperativa tiene en marcha el programa ConnectionAI, gracias al cual todos los emplea-

TORRE DE CONTROL

10.000 terabytes

85.000 referencias de salud

30 millones de medicamentos

1.000.000 líneas de pedidos

2.455 rutas de reparto

dos disponen de herramientas de IA que les ayudan a extender sus capacidades y, además, cuentan con formación regular en las mismas. De este modo, Cofares incorpora completamente las nuevas tecnologías, formando y ofreciendo herramientas a todos sus equipos, al mismo tiempo que garantiza el cumplimiento normativo y el desarrollo de una IA segura.

"La transformación digital es una palanca clave para garantizar nuestra competitividad, ya que nos ayuda a mejorar la trazabilidad de medicamentos, optimizar la cadena de suministro y ampliar la colaboración con otros agentes del ecosistema sanitario. Es un orgullo formar parte de un modelo de éxito como el nuestro, en el que tenemos las tecnologías y el talento necesarios", ha concluido Eduardo Pastor, presidente de Cofares.

En definitiva, la estrategia de digitalización de la Cooperativa ha supuesto una gran oportunidad para mejorar los resultados en salud, ofrecer un mejor servicio a las farmacias y asegurar un suministro sólido, seguro y equitativo en todo el territorio nacional. Todo ello revierte en un importante beneficio para la población y hace de Cofares una organización vertebradora de la salud en España, así como un agente clave en la cadena de valor del medicamento.

INDUSTRIA

“Debemos trabajar en facilitar un marco regulatorio que permita alcanzar acuerdos más rápidos”

JULIO GAY-GER, presidente y general manager de Lilly España, Portugal y Grecia

A. SÁNCHEZ, E. DELGADO Y S. DE QUIROGA
Madrid

Julio Gay-Ger asumió el cargo de presidente y general manager de Lilly España, Portugal y Grecia en septiembre del pasado año. Nacido en Argentina, cuenta con una trayectoria de más de 30 años en Lilly, donde ha ocupado posiciones clave en Ventas, Marketing, Desarrollo Comercial y Ética y Cumplimiento. En una entrevista con El GlobalFarma, reflexiona sobre los planes de la compañía y los desafíos a los que se enfrenta el sector.

Pregunta. ¿Cuáles son las principales prioridades de Lilly en España para 2026 en términos de I+D?

Respuesta. Trabajamos en cuatro áreas terapéuticas fundamentales: cardiometabólico, oncología, inmunología y sistema nervioso central (SNC). Tenemos un pipeline de productos en desarrollo que es, probablemente, el mayor de nuestra historia, con estudios entrando en Fase III y otros acelerando en Fase II.

España, por la calidad de los investigadores, está entre los principales países en los que reclutamos pacientes. Cuanto más rápido sean aprobados los protocolos a nivel local, más competitivos seremos en el país para poder reclutar a la mayor cantidad de pacientes.

En el área cardiometabólica estamos con varios productos que, además de Mounjaro, tienen estudios en Fase III para potenciales nuevas indicaciones, como es el caso de la tirzepatida.

P. ¿En qué punto se encuentran las negociaciones con Sanidad para la financiación de Mounjaro en España?

R. Las conversaciones nunca se discontinuaron y estamos buscando alternativas que satisfagan a las necesidades de las CCAA y de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos y Productos Sanitarios (CIPM). Estamos en una conversación continua con expectativas de poder volver relativamente pronto a la Comisión de Precios con una alternativa que permita que la innovación que Lilly trae al mercado llegue a todos los pacientes.

P. Hace poco, se presentaron nuevos datos del GLP-1 oral orforglipron, reafirmando su perfil cardiovascular y de seguridad en el estudio Fase III más largo hasta la fecha. ¿Cuáles son los próximos pasos con esta terapia?

R. Ya hemos presentado el dossier completo para su revisión en obesidad y



FOTOS: Guillermo Gutiérrez

“España está entre los principales países en los que reclutamos pacientes”

“Una persona con obesidad grave puede perder hasta 13 años de expectativa de vida”

diabetes tipo 2 ante la agencia europea. Esto ocurrió en diciembre del año pasado. Normalmente, el proceso de revisión dura aproximadamente 12 meses, por lo que esperamos tener novedades sobre su aprobación o no para finales de este año. Ya ha sido autorizado y lanzado en EEUU con una revisión acelerada y somos muy optimistas. El estudio de Fase III ACHIEVE-4 ha vuelto a confirmar que, al tratarse de una molécula pequeña, cumple con los requisitos de seguridad. Además, reforzó la eficacia del producto, que consideramos comparable a la de los tratamientos inyectables basados en

GLP-1. Además, se han observado señales cardiometabólicas positivas, como la reducción de la presión arterial y mejoras en el colesterol, que respaldan el potencial de los estudios futuros en términos de seguridad y beneficio cardiovascular. Estos estudios, basados en eventos, se encuentran actualmente en curso.

Para nosotros, y para mí personalmente, orforglipron, al ser una molécula pequeña no peptídica, permite una gran escalabilidad y ofrece el beneficio de ser un tratamiento oral, sin restricciones en su administración, con una biodisponibilidad superior al 70% frente a los péptidos.

P. ¿Estamos ante un cambio de paradigma en el abordaje de la obesidad?

R. Hay más de 200 complicaciones asociadas a la obesidad que en la actualidad están siendo tratadas cuando se originan. Tratar la obesidad de forma temprana puede tener un impacto muy favorable en la expectativa de vida, productividad y calidad de vida. Una persona con obesidad grave puede perder hasta 13 años de expectativa de vida y experimentar una reducción de su calidad de vida.

P. ¿Está notando un mayor interés por la obesidad como consecuencia de la mayor eficacia de los tratamientos y de la evidencia de que tratarla permite abordar también sus más de 200 complicaciones asociadas?

R. Hay dos factores muy importantes. El primero es la conciencia como sociedad de que la obesidad no es el resultado de personas que tienen falta de voluntad para controlar lo que comen o falta de ejercicio físico, sino que es una enfermedad compleja, crónica, recidivante y que tiene una base biológica. Entender esto es sumamente importante porque nos aleja del estigma de que la solución es hacer dieta, caminar más y cerrar la boca para comer menos.

Ese reconocimiento de la base biológica, que no teníamos antes, es sumamente importante porque empieza a hacer desaparecer contra el estigma que atribuye la culpa al paciente. Hoy en día, por suerte existen tratamientos innovadores que ayudan a controlar y a disminuir el peso excesivo. Hace 10 o 15 años se aspiraba a que algo efectivo en el tratamiento de la obesidad era conseguir reducir el peso en un 5%. Hoy, tenemos productos como Mounjaro, que permiten una reducción de peso de más del 20%.

P. La Comisión Europea autorizó Kisunla (donanemab) para el Alzheimer sintomático temprano en septiembre. ¿Qué supone este avance frente al enfoque tradicional del Alzheimer, más centrado en el manejo de los síntomas?

R. Es revolucionario porque, finalmente, después de 100 años desde el diag-

INDUSTRIA

nóstico de esta enfermedad, que es la neurodegenerativa más prevalente que existe, se han conseguido por primera vez tratamientos que reducen el deterioro cognitivo de los pacientes. Es un avance muy importante porque probó el valor de la hipótesis de la placa de beta-amiloide y pone en valor el papel de la proteína TAU en la progresión del deterioro cognitivo, además de abrir la puerta a continuar haciendo estudios que permitan seguir avanzando en esta línea.

Lilly lleva trabajando en Alzheimer desde hace 35 años. Hemos desarrollado múltiples moléculas, fracasando la mayoría de ellas, muchas de ellas en Fase III. Sin embargo, hemos aprendido mucho de esos fracasos, lo que nos ha permitido aprender a identificar la población que antes se puede beneficiar para hacer estudios clínicos.

Ese aprendizaje nos ha permitido desarrollar un producto con un target mucho más específico como es donanemab. Se trata de un tratamiento con una duración de 18 meses, pero aproximadamente la mitad de los pacientes lo cumple en 12 meses, logrando la eliminación de toda la placa de beta-amiloide. Está dirigido a pacientes con una posibilidad de aceleración en el curso de su enfermedad basado en la cantidad de proteína TAU que generan. Es importante que los pacientes estén en una fase temprana, ya que si están en una fase muy avanzada, la placa de beta-amiloide

“La IA es transversal y permite mejorar la forma en que desarrollamos nuestras actividades”

“Seguimos invirtiendo en Europa, pero China es el segundo país en solicitud de patentes”

de ya hace demasiado daño sobre el cerebro y el impacto de restaurarlo es muy limitado.

En cuanto a interés a nivel mundial, este medicamento ha sido aprobado en la UE, en Reino Unido, EEUU y Japón. Las principales agencias reguladoras han visto todos los datos y han validado que son muy relevantes y positivos.

P. Hemos hablado de tratamientos muy innovadores y de dos áreas terapéuticas que pueden cambiar la vida de millones de personas. ¿Qué papel juega la IA en toda la fase de investigación en la compañía?

R. La IA nos ayuda mucho a seleccionar nuevos candidatos a tratamientos.

Antes este proceso se realizaba de una manera más manual o más automática, pero no con el potencial de la IA. Hemos establecido una alianza con NVIDIA para utilizar IA en todo el ciclo de vida del medicamento. La IA es transversal y permite mejorar de forma significativa la manera en que desarrollamos cada una de nuestras actividades. Su impacto en el descubrimiento de nuevas moléculas es fundamental porque nos puede permitir hacer un filtro de candidatos para entrar en fases avanzadas de una manera mucho más rápida. Hasta ahora, teníamos como incentivo para desarrollar nuevos medicamentos protecciones de datos y patentes que duraban entre 15 y 20 años. Obviamente, esas protecciones deben continuar porque son un incentivo económico importante. Sin embargo, la innovación avanza a un ritmo tan rápido que es cada vez más probable que nos autoinnovemos.

P. En materia legislativa, a nivel nacional se están debatiendo varias reformas importantes. ¿Qué espera de ellas?

R. Espero bastante. En primer lugar, el Real Decreto (RD) de Evaluación de Tecnologías Sanitarias es una oportunidad más para valorar la innovación de una manera más objetiva, permitiendo diferenciar innovaciones incrementales de aquellas revolucionarias, y asegurar que esa innovación pueda ser recompensada apropiadamente cuando llegue el momento de discutirse la financiación.

Sería fantástico poder seguir avanzando en la disponibilidad de innovaciones en el sistema sanitario con amplio acceso y en el menor tiempo posible. Soy consciente de que ya existen esfuerzos en esta dirección y de que es una de las prioridades. La innovación debe llegar al paciente lo antes posible y, si no lo está haciendo, estamos fallando. Todo aquello que contribuya a establecer un marco regulatorio que facilite acuerdos más rápidos es en lo que debemos trabajar conjuntamente.

P. Por último, Europa lleva años perdiendo competitividad frente a EEUU y China. A esto se suma el momento geopolítico actual, condicionado por las políticas de Trump. ¿Cómo se está adaptando Lilly a este contexto tan complejo?

R. Seguimos invirtiendo en Europa, pero China es actualmente el segundo país en el mundo en solicitud de patentes, acortando la distancia con EEUU. La cantidad de patentes solicitadas es un buen indicador del nivel de innovación y de dónde se está generando. Claramente hay un GAP y Europa no está liderando, sino perdiendo terreno. Para cambiar la situación, es necesario mejorar las condiciones económicas y de acceso para que la innovación llegue a los pacientes.

ACCEDE A LA ENTREVISTA COMPLETA

“El nivel de inversión y de apuesta que tenemos en España es de los más importantes a nivel europeo”

A. S. C./E. D. S./S. Q.
Madrid

España juega un papel muy importante en la estrategia de Lilly. En concreto, la compañía anunció en junio una nueva inversión de 175 millones de dólares (153 millones de euros) hasta 2030 en su planta ubicada en Alcobendas para mejorar sus capacidades en el acabado final de productos orales secos y dispositivos inyectables e incorporar las tecnologías más avanzadas (datos, inteligencia artificial (IA), automatización, robótica y manejo automático de materiales para la fabricación de medicamentos). Además de ello, Lilly planea la creación de 75 nuevos puestos de trabajo.

Desde 2020, Lilly ha destinado más de 55 millones de dólares (47 millones de euros) a la construcción, ampliación y adquisición de instalaciones de fabricación en todo el mundo, incluyendo este proyecto para la planta de Alcobendas. En una entrevista con El GlobalFarma, Julio Gay-Ger, presidente y general manager de Lilly España, Portugal y Grecia,

puso en valor el papel estratégico de España dentro de la compañía, destacando tanto su capacidad investigadora como industrial y exportadora.

En este sentido, subrayó que “por la calidad de los investigadores y por el posicionamiento histórico de España dentro de Lilly, el nivel de inversión y de apuesta que tenemos en España es de los más importantes a nivel europeo”. Una apuesta que se materializa especialmente en la planta de Alcobendas, donde “no solo tenemos la operación del hub que incluye a España, Portugal y Grecia, o la parte médica de los estudios clínicos de Fase I hasta Fase III, donde ya hemos superado los 100 en nuestra historia, sino que además hacemos estudios preclínicos”.

Gay-Ger destacó también la contribución del talento nacional al desarrollo de tratamientos innovadores. “Ha sido fundamental el involucramiento de científicos españoles en el desarrollo de productos que hoy están en el mercado y que se han convertido en estándares de tratamiento, como es el



Julio Gay-Ger. FOTOS: Guillermo Gutiérrez.

caso Verzenios en cáncer de mama”, indicó.

En el ámbito de la innovación, la compañía cuenta actualmente con avances relevantes en desarrollo clínico. “Actualmente contamos con un producto en Fase III, muvalaplin, dirigido a uno de los principales factores de riesgo car-

diovascular no tratados en la actualidad: la lipoproteína(a)”, explicó. En este contexto, remarcó el avance que supone la investigación en tratamientos orales. “Este primer tratamiento oral ha sido posible gracias, en gran medida, a la contribución de científicos españoles que trabajan día a día en la planta de Alcobendas”, explicó.

Otro de los pilares clave es la capacidad industrial y exportadora. “La tercera pata de este modelo es la exportación desde la planta de Alcobendas a 120 países”, señaló, detallando que en estas instalaciones “realizamos la parte final de fabricación, acabado y empaquetado de nuestros tratamientos farmacéuticos”. En concreto, apuntó que “el 25% de Mounjaro se exporta desde aquí a esos 120 países”.

Además, la compañía está acometiendo una profunda transformación industrial sin detener la actividad productiva. “Estamos transformando la planta de Alcobendas sin interrumpir la producción, con el objetivo de generar nuevas líneas para nuestro tratamiento que tiene el potencial de revolucionar el abordaje de la obesidad”, afirmó.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Informe W.A.I.T: el tiempo de espera para acceder a medicamentos innovadores baja 79 días en España

El plazo para que los pacientes accedan a los fármacos innovadores en nuestro país pasa de 616 a 537 días

ANA SÁNCHEZ CAJA

Madrid

El tiempo hasta la disponibilidad de medicamentos innovadores en España disminuye, de media, de 616 a 537 días. Así lo refleja el último Informe W.A.I.T. (Waiting to Access Innovative Therapies), elaborado por la consultora IQVIA para la patronal de la industria farmacéutica europea, EFPIA, que analiza diferentes variables en términos de acceso en 36 países europeos, evaluando 168 terapias innovadoras autorizadas entre 2021 y 2024. Los datos corresponden al estado de la financiación pública a 5 de enero de 2026.

De los 168 medicamentos aprobados por la Unión Europea (UE) durante este periodo, el 69% ya están disponibles en España. España se sitúa en quinta posición, por detrás de Alemania (93%), Austria (85%), Italia (79%) y Suiza (76%). La media de disponibilidad en la UE27 se sitúa en el 45%.

Sin embargo, más de la mitad de los nuevos fármacos disponibles en España lo está de manera limitada. Según el informe, el 53% de los medicamentos disponibles en España presentan algún tipo de restricción de acceso, ya sea por indicación terapéutica, tipo de paciente o mecanismos de acceso individual. En comparación, Alemania apenas registra un 1% de disponibilidad limitada, mientras que Italia alcanza el 8% y Países Bajos el 2%.

Pese a la mejora en los tiempos de acceso, España continúa superando ampliamente los 180 días establecidos por la normativa europea sobre fijación de precios y financiación de medicamentos. El informe sitúa la media europea de tiempo hasta disponibilidad en 597 días, frente a los 578 días del estudio anterior, reflejando un deterioro generalizado en Europa.

Fármacos oncológicos

En el caso de los fármacos oncológicos, entre 2021 y 2024 se aprobaron 56 medicamentos innovadores en Europa. De ellos, España tiene disponibles el 73%, situándose nuevamente entre los países con mayor acceso, aunque por detrás de Alemania (91%), Italia (89%), Austria (86%) y Suiza (84%). La media europea se sitúa en el 51%.

En cuanto a los tiempos de acceso, Alemania sigue liderando el ranking con 258 días para los tratamientos oncológicos. España registra un tiempo medio de 627 días para la disponibilidad de terapias contra el cáncer, mejorando respecto a estudios previos, aunque todavía muy por encima de los principales países europeos. La media europea alcanza los 655 días. Además, el 45% de los fármacos oncológicos disponibles en España están sujetos a restricciones de



acceso. Alemania mantiene solo un 9% de disponibilidad limitada en oncología, mientras que Italia presenta un 23%.

Contexto histórico

El panorama del acceso a medicamentos en Europa continúa evolucionando. Históricamente, la disponibilidad total era la principal vía de acceso; sin embargo, las restricciones son cada vez más frecuentes. En el paisaje histórico de 2019, la disponibilidad completa representaba el 42% de los medicamentos innovadores, mientras que el 46% no estaban disponibles para los pacientes. La disponibilidad limitada apenas suponía el 5%. En contraste, el panorama actual de 2025 muestra que la disponi-

muy lejos de los 180 días marcados por la directiva europea", explicó Isabel Pineros, directora de Prestación Farmacéutica y Acceso en Farmaindustria.

Según Pineros, "el hecho de que el 53% de los medicamentos financiados tenga restricciones supone una selección de pacientes con respecto a la población candidata al tratamiento autorizada por Europa". Para la experta, "la respuesta no debe ser acotar la entrada, sino definir con anticipación los casos en los que es necesario pactar mecanismos para aprender rápido y ajustar: financiación condicionada con plan de generación de evidencia, acuerdos por resultados y reglas claras de reevaluación". A continuación, la patronal recuerda que la

visibilidad regulatoria y condiciones de acceso", afirmó Pineros. "No resulta coherente, en un país que ha conseguido situarse en una posición de liderazgo en ensayos clínicos, tenga después retrasos en la disponibilidad de esos nuevos medicamentos para los pacientes", añadió Pineros.

Para seguir mejorando el acceso de los pacientes a la innovación, la industria farmacéutica innovadora plantea avanzar en tres grandes prioridades. En primer lugar, considera fundamental que España (y el conjunto de Europa) apuesten por la innovación biomédica, como inversión en salud, pero también en competitividad y sostenibilidad. "España es líder en ensayos clínicos y no puede quedarse a la zaga en el acceso a los nuevos medicamentos", señala.

Por otro lado, la industria farmacéutica apuesta por modelos de incorporación temprana de los medicamentos innovadores, que permita su acceso desde el primer momento en condiciones de equidad mientras se completa la evaluación y se define su financiación definitiva. "España tiene la oportunidad de avanzar hacia un modelo de evaluación y financiación más ágil, predecible y orientado al valor, que combine sostenibilidad e innovación para mejorar el acceso de los pacientes a los nuevos medicamentos. Para ello, será clave el diálogo temprano de la industria con la administración, la participación de clínicos y pacientes, ajustes en los procesos y criterios claros para la decisión que integren necesidad médica, beneficio clínico y social, gravedad y equidad; y vías aceleradas para innovaciones de alta prioridad, que permitan cumplir con los 180 días en la incorporación a la financiación", concluyó Pineros.

El 53% de los medicamentos disponibles en España presentan algún tipo de restricción de acceso

bilidad completa ha descendido hasta el 28%, mientras que la disponibilidad limitada alcanza ya el 17% del total de medicamentos innovadores analizados. Además, el 49% de los productos siguen sin estar disponibles para los pacientes europeos, lo que evidencia el deterioro progresivo del acceso efectivo a la innovación farmacéutica.

Respuesta de Farmaindustria

Aunque la mejora en los plazos es evidente, Farmaindustria recuerda que persisten retrasos importantes entre la autorización europea de un tratamiento y su llegada efectiva a los pacientes en nuestro país. "España está mejorando tiempos de acceso, pero aún estamos

Farmaindustria valora la mejora en los tiempos, pero advierte que "estamos lejos de los 180 días"

industria farmacéutica vive en un estado de máxima alerta por un contexto geopolítico convulso. Ante este escenario, la patronal defiende que la predictibilidad es un factor de competitividad.

Por eso, considera que "un proceso con plazos largos e impredecibles, reglas poco transparentes o una negociación centrada exclusivamente en el impacto presupuestario de corto plazo puede retrasar la entrada de innovación y lo importante es asegurar que los pacientes españoles accedan a los medicamentos cuando los necesiten en condiciones de equidad".

"En un entorno de gran competencia internacional, las compañías priorizan secuencias de lanzamiento según pre-

“Es fundamental que Europa apueste por la innovación, y también por la protección de la propiedad industrial”

Fina Lladós advierte durante la Asamblea General Ordinaria de Farmaindustria que la Unión “debe reaccionar”

ANA SÁNCHEZ CAJA

Madrid

La industria farmacéutica afronta un momento crucial en España y Europa, en un contexto de fuerte incertidumbre global, tensiones geopolíticas, cambios regulatorios y creciente competencia, al que se suma la pérdida de competitividad de Europa frente a EEUU y China en investigación biomédica, fabricación e inversión. Durante la Asamblea General Ordinaria de Farmaindustria, donde se aprobaron la Memoria Anual de actividades de la organización, las cuentas de 2025 y el presupuesto para este ejercicio 2026, la presidenta de Farmaindustria, Fina Lladós, explicó que “Europa debe reaccionar para revertir la pérdida de competitividad que lleva padeciendo las dos últimas décadas si no quiere quedarse a la cola en investigación biomédica y, por tanto, en el acceso de sus pacientes a nuevos tratamientos”.

Según destacó Lladós, cuyo mandato al frente de la Asociación finaliza el próximo mes de octubre, “en este contexto es fundamental contar con Administraciones que den señales decididas de apuesta por la innovación y promuevan medidas que fortalezcan el



Foto de familia tras la celebración de la Asamblea General Ordinaria de Farmaindustria.

ecosistema de innovación en el país y en nuestro continente”. “EEUU ha jugado un papel protagonista durante décadas en la financiación de la investigación y el desarrollo de medicamentos a escala mundial”, confirmó. “Ha llegado el momento de que Europa reconsidere cómo valora la innovación y acelere su apuesta por el sector de la innovación biofarmacéutica”, destacó la presidenta.

La presidenta recordó que cada ensayo clínico que se desarrolla fuera, cada patente que se registra en otra región significa menos competitividad, menos empleo y menos opciones para los pacientes europeos. “Es fundamental -incidió- que Europa apueste de manera decidida por la innovación, la protección

de la propiedad industrial y la creación de un entorno atractivo para la inversión en I+D”.

En este escenario, la patronal de la industria farmacéutica española considera que la definición de nuevas leyes y marcos regulatorios, tanto a nivel europeo como nacional, y la capacidad de los sistemas sanitarios para evaluar correctamente el valor social generado por los medicamentos innovadores, definirá cómo se investigan, desarrollan y ponen a disposición de los pacientes los medicamentos del futuro. “Europa y España tienen que redoblar su apuesta para proteger esta joya que es la industria farmacéutica innovadora y potenciarla. Y para eso, hace falta fortalecer el marco de

inversión, avanzando en los tres pilares que recoge la Estrategia de la Industria Farmacéutica en España: acceso rápido a los medicamentos, más ensayos clínicos y extender nuestro tejido industrial”, señaló Lladós.

Por su parte, el director general de Farmaindustria, Juan Yermo, puso el énfasis en la gran oportunidad que tiene España para convertirse en un hub mundial de innovación y producción de medicamentos. Pero para que eso suceda, afirmó, aún se tienen que dar pasos importantes que vayan en la dirección adecuada y materialicen una gran apuesta por la innovación biofarmacéutica, por la atracción de inversiones y por la autonomía estratégica de nuestro continente. “La nueva Ley de Industria o el programa Profarma pueden ser herramientas poderosas para conseguirlo, pero en los últimos tiempos están aflorando nuevas oportunidades desde el ámbito tecnológico como el Anteproyecto de Ley de Salud Digital, por ejemplo, para impulsar un proyecto país que nos convierta en referencia europea en uso secundario de datos de salud y nos permita afianzar el liderazgo europeo en ensayos clínicos... y, por qué no, soñar con el liderazgo mundial”, aseguró.

Anefp renueva su Consejo Directivo para 2026-2027: “El propósito es reforzar la capacidad de la asociación para anticiparse a los cambios”

ANA SÁNCHEZ CAJA

Madrid

La Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp) celebró su XLIX Asamblea General Ordinaria en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona, en la que renovó su Consejo Directivo para el ejercicio 2026-2027. Según informó la patronal del autocuidado, estará formado a partir de ahora por las siguientes compañías: Aboca, Aflofarm, Alfasigma España, Almirall, Angelini Pharma España, Arkopharma, Bayer Hispania, Casen Recordati, Cinfa, Chiesi España, Esteve, Faes Farma, Fardi, Ferrer, Grupo Menarini, Haleon, Kenvue, Kern Pharma, Laboratorio Stada, Laboratorios ERN, Laboratorios HARTAMANN, Laboratorios Salvat, Novaelectronica, Opella Healthcare Spain, Perrigo, Procter & Gamble, Reckitt Bencikiser Healthcare, Reig Jofre, Reva Health Europe, Upsa, Vemedia Pharma Hispania y Zambon.

Jaume Pey, director general de anefp, destacó la solidez del sector Consumer Health, con un mercado que en el 2025 ha tenido “un crecimiento del 3,7%, lo que supone un valor de 7.798 millones de euros y con el segmento OTC como principal mo-



Foto de familia tras la celebración de la XLIX Asamblea General Ordinaria de anefp.

tor de crecimiento”. Asimismo, Pey añadió que “estas cifras muestran la capacidad del sector para responder a las necesidades de los ciudadanos y ponen de manifiesto la relevancia cada vez más creciente de los medicamentos y productos de autocuidado en un sistema sanitario que necesita avanzar hacia modelos más preventivos”.

Tras destacar que la agenda de anefp ha estado marcada durante este ejercicio por los entornos regulatorio, digital y medioambiental, Pey precisó que estas tres áreas “constituyen también los pilares del Plan Estratégico 2026-2028, concebido como una hoja de ruta del sector Consumer Health para los próximos ejercicios”. “Nuestro propósito es

reforzar la capacidad de anefp para anticiparse a los cambios, ofrecer respuestas ágiles a las compañías asociadas y consolidar un marco favorable para el desarrollo del autocuidado”, destacó. Para ello, anunció que seguirán trabajando desde la colaboración y el diálogo con las administraciones, con los profesionales sanitarios y con todas organizaciones implicadas en el desarrollo del autocuidado de la salud.

Digitalización y la sostenibilidad

Iniciativas como el Proyecto Turing o el Índice de IA en el sector del autocuidado han hecho que la digitalización haya sido uno de los campos de mayor alcance interno para anefp en 2025. Por otro lado, la

sostenibilidad ambiental ha sido otro de los aspectos protagonistas en la actividad de la asociación. “Hemos continuado colaborando con las autoridades competentes y acompañando a las compañías en el seguimiento normativo, el impulso del ecodiseño y la adaptación a las nuevas exigencias regulatorias, con especial atención a la directiva de aguas residuales urbanas”, explicó Pey.

En el ámbito institucional, anefp ha continuado una línea de trabajo con las autoridades, “a través de una relación basada en la cooperación y el diálogo, generando espacios de análisis y colaboración en torno a los principales retos del sector”. Algo que se ha trasladado también a Europa fortaleciendo la influencia de la asociación, como lo demuestra “el encuentro con europarlamentarios organizado por anefp en la sede del Parlamento Europeo”, puntualizó Pey.

Por su parte, Jordi Casas, presidente del COF de Barcelona, señaló en la clausura que “avanzamos hacia un modelo de salud centrado en las personas, en el que trabajamos en el ámbito de la prevención para evitar tener que hacerlo en el de la enfermedad”.

“El uso responsable del medicamento termina al gestionar sus residuos”

SIGRE celebra sus 25 años en un acto en el que también estuvieron presentes Farmaindustria, CGCOF y FEDIFAR

CLAUDIA VAQUERO REINA

Madrid

SIGRE celebró en Madrid su 25º aniversario convertido en “la mayor alianza medioambiental del sector farmacéutico en España” y en un modelo de sostenibilidad ambiental, economía circular y protección de la salud pública. Representantes de la industria, la distribución farmacéutica y la farmacia comunitaria hicieron un balance de la evolución del sistema y reivindicaron el papel de todos los agentes implicados en la gestión responsable de los residuos de medicamentos y sus envases.

El director general de SIGRE, Miguel Vega, puso el acento en el carácter colectivo del proyecto y en la necesidad de seguir avanzando ante el nuevo contexto regulatorio y social. “SIGRE no es solo un sistema de recogida. Es la mayor alianza medioambiental del sector farmacéutico en España”, afirmó. En su opinión, los avances en sostenibilidad “solo se pueden producir a través de alianzas que aglutinen el trabajo que realiza cada uno de los agentes implicados”.

Vega recordó que en 2025 el reciclaje de medicamentos creció más de un 5% en España, alcanzando los 110 gramos por habitante en envases vacíos o con restos de medicamentos. Además, destacó que el 75% de los materiales depositados en el Punto SIGRE fueron reciclados.

El director general de SIGRE aseguró que el 25º aniversario supone también una oportunidad para “revisar y renovar” la hoja de ruta del sistema. “Los próximos años exigirán más prevención, más transparencia, más sensibilización y la implicación de nuevos actores”, señaló. En este sentido, apuntó que uno de los principales retos será la ampliación de la gestión a los envases generados en el ámbito comercial e industrial, con el objetivo de ofrecer “una solución colectiva, solvente y centrada en las necesidades del sector salud”.

SIGRE: una iniciativa de éxito

Por su parte, el presidente de SIGRE y director general de Farmaindustria, Juan Yermo, destacó que el sistema nació hace 25 años “por iniciativa de la industria para responder de una forma contundente, pionera, responsable y voluntaria” al reto de garantizar “que los restos de los medicamentos y los envases sean gestionados de la forma más segura posible para la salud pública y para el planeta”.

“Hoy podemos afirmar con mucho orgullo que un cuarto de siglo después SIGRE se ha consolidado como una de las mejores expresiones de ese compromiso de la industria con la sostenibilidad ambiental, con la economía



Miguel Vega, Juan Yermo, Jesús Aguilar y Matilde Sánchez Reyes durante la celebración de los 25º aniversario de SIGRE.

“SIGRE no es solo un sistema de recogida. Es la mayor alianza medioambiental del sector en España”

circular y con el cuidado de la salud global”, señaló.

Yermo subrayó que la industria farmacéutica entendió desde el inicio que “su responsabilidad no terminaba cuando el medicamento llegaba al paciente”, sino que debía extenderse a toda la cadena de valor “con criterios de sostenibilidad, transparencia y buen gobierno”. En este sentido, recordó que son las compañías farmacéuticas las que impulsaron y siguen sosteniendo económicamente el sistema, integrado actualmente por 397 empresas.

“SIGRE no es solo una herramienta ambiental, es también una herramienta plenamente alineada con la forma en la que hoy entendemos la gestión responsable de una compañía farmacéutica”, afirmó. Asimismo, explicó que el 98% de las compañías adheridas considera que SIGRE realiza una gestión responsable en términos ESG.

Entre los avances alcanzados, Yermo puso el foco en el ecodiseño de los envases farmacéuticos. Así, destacó que el Plan Empresarial de Prevención y Ecodiseño 2021-2023 ha permitido implantar 749 medidas de ecodiseño y ahorrar 2.800 toneladas de materias primas. Además, aseguró que en los últimos 20 años “hemos reducido el peso medio de los envases farmacéuticos en más de un 25%”.

“La gran fortaleza de SIGRE es que la sostenibilidad forma parte de su propio funcionamiento diario”

Por su parte, el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y vicepresidente de SIGRE, Jesús Aguilar, reivindicó el papel de la farmacia comunitaria como “el punto de contacto más próximo y accesible” del sistema para los ciudadanos.

El papel de la farmacia comunitaria

“El Punto SIGRE ubicado en las farmacias permite realizar el depósito de los envases vacíos, de los restos de medicamentos y de los medicamentos caducados o que ya no se necesitan”, recordó. A su juicio, se trata de “un gesto sencillo y cotidiano, pero que tiene un enorme valor sanitario, social y ambiental”.

Aguilar incidió en que “el uso responsable del medicamento no termina cuando finaliza el tratamiento, termina cuando sus residuos se depositan correctamente”. Asimismo, puso en valor la labor de sensibilización desarrollada desde las farmacias durante estos años.

El presidente del CGCOF destacó también la elevada implantación territorial de la red farmacéutica: “Más de 22.220 farmacias dan servicio al 99% de la población española en su propio municipio”. De ellas, más de 4.000 están situadas en el medio rural, donde atienden a cerca de 5,6 millones de personas. Los datos de concienciación ciudadana reflejan, según el presidente del CGCOF, la consolidación

del hábito de reciclaje de medicamentos. “En tres de cada cuatro hogares españoles se reciclan los medicamentos, el 90% de los ciudadanos consideran perjudicial tirarlos a la basura o al desagüe y un 80% expresan orgullo por estos comportamientos colectivos”, señaló.

El modelo de logística inversa

Desde la distribución farmacéutica, la presidenta de FEDIFAR y vicepresidenta de SIGRE, Matilde Sánchez Reyes, reivindicó el modelo de logística inversa desarrollado desde el origen del sistema.

“SIGRE es ante todo un modelo colectivo. Es una cadena que funciona correctamente porque cada eslabón asume con responsabilidad una función concreta”, afirmó. Sánchez recordó que este sistema surgió como alternativa al modelo de depósito, devolución y retorno previsto inicialmente por la normativa de envases de finales de los años noventa.

“La gran fortaleza de SIGRE es que la sostenibilidad no se añadía al sistema, sino que formaba parte de su propio funcionamiento diario”, aseguró la vicepresidenta de SIGRE. Actualmente, la distribución farmacéutica realiza esta labor a través de 4.300 rutas diarias que recorren más de 300.000 kilómetros al día y abastecen 142 almacenes SIGRE. Según detalló la vicepresidenta, este modelo de distribución evita cada año “la emisión a la atmósfera de más de 1.400 toneladas de CO2”.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

