elglobalfarma.com • Año XXVII - Nº 1.125

JUNIO de 2026

gacetamedica.com • Año XXIV - Nº 979

EL GLOBAL FARMA & GACETA MÉDICA

OPINIÓN

Redefinir la naturaleza económica de la prevención

CARTA DEL EDITOR

Europa está empezando a cambiar la manera de entender la prevención en materia sanitaria. Y probablemente uno de los cambios más relevantes sea abandonar progresivamente la lógica del gasto corriente para acercarse a una visión de inversión estratégica.

La diferencia no es únicamente semántica o contable. Es política, económica y estructural.

Durante años, gran parte de las políticas preventivas —y especialmente las vacunas— se han evaluado dentro de presupuestos anuales limitados, compitiendo entre sí y frente a otras necesidades asistenciales crecientes. La incorporación de nuevas demandas de inmunización, como COVID-19, VRS o las futuras vacunas del adulto, está tensionando todavía más esos recursos.

Efectos económicos de las vacunas

El resultado es una paradoja evidente: los sistemas sanitarios necesitan ampliar coberturas vacunales, especialmente frente a la gripe y en población vulnerable, al mismo tiempo que se incorporan vacunas con evidentes beneficios contra el VRS, Covid19, Herpes Zoster, VPH, neumococo… Sin embargo, los mecanismos presupuestarios actuales dificultan precisamente esa expansión. La vacunación sigue analizándose muchas veces como gasto farmacéutico inmediato, cuando en realidad sus efectos económicos y sanitarios se extienden durante años.

Porque una vacuna no solo evita infecciones. También evita hospitalizaciones, reduce fragilidad, preserva autonomía funcional, disminuye presión asistencial y protege capacidad productiva. Su retorno no se agota en una campaña; se proyecta sobre la sostenibilidad futura del sistema sanitario y social.

Europa redefine el concepto

Y Europa empieza a introducir un cambio de enfoque.

Italia ha sido probablemente el país que lo ha expresado con mayor claridad. El Ministerio de Salud italiano ya define la prevención como una inversión estratégica vinculada a la sostenibilidad del sistema sanitario, el bienestar de la población y el desarrollo económico nacional. El Gobierno de Giorgia Meloni y el Ministerio de Economía y Finanzas han comenzado a integrar progresivamente la prevención dentro de una visión más amplia de resiliencia nacional y estabilidad futura.

Y este debate ya no permanece únicamente dentro del ámbito sanitario. El hecho de que reuniones vinculadas al ECOFIN y a ministros europeos comiencen a abordar conceptos como resiliencia sanitaria, autonomía estratégica o protección del capital humano refleja que la prevención empieza a considerarse también una cuestión económica y de seguridad estructural.

Santiago de Quiroga
Editor de El GlobalFarma y Gaceta Médica
@santidequiroga

"La lógica con una política pública ya no es solo calcular cuánto cuesta hoy, sino cuánto riesgo evita mañana y qué costes futuros permite contener"

Ese puede ser el verdadero punto de inflexión

Porque cuando una política pública deja de analizarse exclusivamente como consumo anual y empieza a entenderse como inversión estratégica, cambia también la capacidad del sistema para movilizar recursos. La lógica ya no es únicamente cuánto cuesta hoy, sino cuánto riesgo evita mañana y qué costes futuros permite contener.

No se trata necesariamente de modificar la contabilidad pública de las vacunas, sino de incorporar una visión plurianual de retorno. Exactamente igual que ocurre con infraestructuras, digitalización, energía o defensa: inversiones presentes destinadas a reducir vulnerabilidades futuras y preservar estabilidad económica.

La prevención comparte precisamente esa naturaleza. Requiere un esfuerzo presupuestario inmediato para generar sostenibilidad acumulada durante años.

Este enfoque puede ayudar además a resolver uno de los grandes retos actuales de la vacunación: cómo adaptar los presupuestos al crecimiento continuo de necesidades preventivas sin deteriorar coberturas ni generar competencia entre programas. Si los presupuestos siguen construyéndose únicamente bajo una lógica anual de gasto corriente, la presión asistencial y demográfica terminará haciendo cada vez más difícil sostener objetivos ambiciosos de inmunización.

Por el contrario, incorporar la prevención dentro de estrategias de resiliencia y sostenibilidad permitiría:

- introducir planificación plurianual;
- desarrollar métricas de retorno sanitario, social y económico;
- proteger presupuestariamente programas estratégicos;
- y vincular vacunación con objetivos de envejecimiento saludable, productividad y reducción de dependencia.

Además, esta nueva visión podría facilitar el desarrollo de capacidades estratégicas permanentes de preparación y respuesta ante futuras pandemias o emergencias sanitarias, incluyendo posibles reservas estratégicas de vacunas y otros recursos críticos, integradas dentro de políticas nacionales y europeas de resiliencia y seguridad sanitaria.

Europa envejece, afronta crecientes tensiones presupuestarias y vive en un contexto geopolítico más inestable. En ese escenario, probablemente la prevención ya no pueda seguir tratándose únicamente como gasto sanitario corriente.

Porque, en realidad, prevenir no es consumir recursos: es preservar capacidad futura del Estado.

EDITORIAL

Un reconocimiento a los mejores

El sector farmacéutico atraviesa un momento de muchas oportunidades, marcado por la aceleración de la innovación biomédica, pero también de incertidumbre por el actual escenario geopolítico. En una época como la que estamos viviendo, es importante poner en valor la apuesta del sector por la excelencia, la innovación y su compromiso con la salud. Los Premios Fundamed 2026 cumplieron 25 años por todo lo alto.

La edición de este año de los galardones volvió a evidenciar el papel estratégico de la industria farmacéutica como motor de cambio. El reconocimiento a compañías como Johnson & Johnson (Compañía del Año), MSD (Medicamento del Año por Winrevair), GSK (I+D+i), Lilly (Producción y Fabricación) o BeOne Medicines (Impulso al Talento Femenino) premia la capacidad de la investigación para redefinir estándares terapéuticos en áreas donde las opciones siguen siendo limitadas y la necesidad médica, elevada.

Junto al progreso terapéutico, la gala también destacó la aportación de tres personalidades clave para el sector, cada una en su ámbito: Eduardo Pastor, presidente de Cofares (Trayectoria en Farmacia); Fina Lladós, directora general de Amgen Iberia y presidenta de Farmaindustria (Ejecutiva del Año); y Carmen Ayuso García, jefa del departamento de genética médica de la Fundación Jiménez Díaz y directora científica del IIS-FJD (Trayectoria en Medicina).

ELGLOBALFARMA GACETA MÉDICA
Publicación de:
wecare-u.

wecare-u.
healthcare communication group

EDITOR: Santiago de Quiroga

Director editorial: Enrique Delgado Sanz

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

Arte, Diseño y Maquetación: Rosa Rodríguez.

ÁREAS:

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

Relaciones Institucionales: Romina del Río, *directora.*

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

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

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

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

Depósito legal: M-18625-2012

ISSN: 2255-4181

Imprime: Rotomadrid SVP-382-R-CM

Todos los derechos reservados.

OPINIÓN

TRIBUNA ENFERMERA

Las enfermeras, ante el reto de la cronicidad en España

En España el progresivo envejecimiento poblacional ha invertido la pirámide demográfica, configurando un escenario en el que la cronicidad se ha convertido en uno de los principales retos del sistema sanitario. Se estima que cerca del 55% de la población mayor de 15 años presenta al menos una enfermedad crónica, cifra que supera el 70% en mayores de 65 años. Estas condiciones representan aproximadamente el 80% del gasto sanitario público y el 75% de las consultas en Atención Primaria (AP).

Las enfermeras y enfermeros debemos dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Somos un ejército de la salud que cuenta con más de 300.000 enfermeras en activo dispuestas a aportar valor y cuidados de calidad y una prioridad en la atención sanitaria de las enfermeras deben ser las personas con patologías crónicas. Por otro lado, las administraciones públicas y las políticas sanitarias deben dirigirse hacia las necesidades reales de los ciudadanos. Por ello se necesita un cambio del modelo de atención. Este cambio implica fortalecer la AP, potenciar la promoción de la salud y la prevención, así como incorporar estrategias que favorezcan la autonomía y el autocuidado de los pacientes.

Resulta prioritario incrementar la inversión en AP y potenciar dispositivos de apoyo para la atención domiciliaria, así como el uso e implementación de las tecnologías digitales aplicadas al cuidado y la atención a la dependencia. Además, es fundamental reforzar el apoyo a los cuidadores informales mediante formación y recursos específicos, promoviendo el principio de "cuidar al cuidador" y mejorando la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Los pacientes crónicos son los que más recursos sanitarios consumen. Por tanto, es necesario un cambio de modelo sanitario, pasando del actual modelo centrado en la atención de la patología aguda a un modelo que tenga una mayor orientación hacia la atención de la cronicidad, donde prime la educación y prevención sanitaria, potenciar el autocuidado e empoderar al paciente y familia para que asuman su proceso de salud enfermedad como paciente activo.

El rol de las enfermeras debe ser mayor en cronicidad por su formación y competencias, ya que las enfermeras hacemos una valoración holística de las personas. Somos los profesionales sanitarios mejor situados para proporcionar cuidados de calidad al paciente y a sus familias. Las enfermeras y enfermeros participamos en la atención y cuidados de las personas con cronicidad desde muchos ámbitos, podemos destacar a las enfermeras de atención familiar y comunitaria como líderes del cuidado, seguimiento y control de personas con patologías crónicas. Las enfermeras gestoras de casos tanto del ámbito comunitario como hospitalario, como referentes de personas con patologías crónicas complejas, o las enfermeras de continuidad asistencial que garanticen la coordinación de recursos que necesita el paciente y la familia independientemente del nivel asistencial donde se encuentre en cada momento. En cronicidad hay que destacar también a las enfermeras escolares como garantes de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades crónicas y la adquisición de hábitos saludables desde la infancia y la adolescencia que deben potenciarse. Quiero resaltar que las enfermeras y enfermeros no trabajamos nunca de forma aislada o individual, trabajamos en equipo con un enfoque multiprofesional. El abordaje de la cronicidad debe realizarse de forma coordinada entre todas las profesiones sanitarias para alcanzar el éxito. Cada uno dentro de su ámbito realizan una aportación imprescindible para que las personas con patologías crónicas y sus familias alcancen la mejor prestación sanitaria y calidad asistencial.

El CGE está representado en la plataforma CH2030, donde hay representantes de los Consejos Generales de las profesiones sanitarias, representantes de sociedades científicas y representantes de pacientes. Todos juntos tenemos el mismo objetivo, que se desarrollen e impulsen estrategias para la atención y cuidado de las personas con patologías crónicas, con una visión compartida entre todos los grupos de interés y establecer prioridades en políticas sanitarias destinadas a la cronicidad y actuar desde la Plataforma como interlocutor único ante instituciones, medios y agentes clave, liderando el debate y la acción para situar la cronicidad como prioridad estructural del sistema sanitario.

En definitiva, afrontar el reto de la cronicidad requiere situar a las enfermeras y enfermeros en una posición estratégica dentro del sistema sanitario. Su liderazgo en el cuidado, la educación para la salud y la coordinación asistencial resulta imprescindible para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y garantizar la sostenibilidad del sistema.

Diego Ayuso Murillo
Secretario general del Consejo General de Enfermeria (CGE)

"El rol de las enfermeras debe ser mayor en cronicidad por formación y compencias: hacemos una valoración holística de las personas"

CON LA VENIA

Datos regulatorios más fiables con RECOPS

Anna Gerbolés
Abogada de Faus Moliner

La AEMPS ha anunciado la puesta en marcha de RECOPS, la nueva aplicación informática para el registro de comercialización de productos sanitarios -excepto los productos a medida- y de productos sanitarios de diagnóstico in vitro. La novedad se enmarca en lo previsto por el Real Decreto 192/2023, sobre productos sanitarios, y por el Real Decreto 942/2025, sobre productos sanitarios de diagnóstico in vitro, que establecen la obligación de registro para los agentes económicos que comercialicen estos productos en España.

A partir del 28 de mayo de 2026, las antiguas aplicaciones CCPS y RPS dejan de admitir nuevas comunicaciones, salvo en el caso de los fabricantes de productos sanitarios a medida, que continuarán utilizando el RPS. RECOPS, por su parte, entrará en funcionamiento el 15 de junio y exigirá que los productos estén previamente notificados y visibles en Eudamed, ya que la aplicación descargará desde allí los datos correspondientes.

A primera vista, podría parecer una novedad meramente administrativa: una nueva plataforma, otro trámite, una obligación adicional para los operadores. Sin embargo, sería una lectura demasiado limitada. RECOPS no es solo un cambio de herramienta; es una pieza más en la construcción de un sistema regulatorio en el que la trazabilidad deja de ser un concepto abstracto y pasa a convertirse en una garantía operativa.

El sector de los productos sanitarios ha experimentado en los últimos años una transformación profunda. Los reglamentos europeos han elevado las exigencias en materia de seguridad, vigilancia, evidencia clínica, responsabilidades de los operadores y control postcomercialización. En este contexto, disponer de registros nacionales ordenados y conectados con la lógica de Eudamed no responde a un afán burocrático, sino a una necesidad de coherencia del sistema.

Para las empresas, la puesta en marcha de RECOPS exigirá preparación. No bastará con saber que existe una nueva aplicación. Será necesario revisar carteras de producto, identificar qué productos deben registrarse, coordinar la información con las notificaciones realizadas en Eudamed y asegurar que los equipos regulatorios, de calidad y comerciales trabajan con datos consistentes.

La reflexión de fondo es clara: el cumplimiento regulatorio en productos sanitarios será cada vez menos reactivo y más estructural. Ya no se trata únicamente de responder ante una inspección o de cumplir un requisito documental concreto, sino de construir sistemas internos capaces de sostener, de forma continua, la información que las autoridades necesitan para supervisar un mercado cada vez más complejo y tecnológicamente sofisticado. En la práctica, esto incrementa la importancia de mantener datos consistentes sobre UDI, variantes/modelos, etiquetado, instrucciones de uso, agente económico responsable, estado de comercialización y correspondencia con la información cargada en Eudamed. RECOPS obligará a muchas compañías a mirar con más atención la calidad de sus datos regulatorios.

Quienes entiendan RECOPS solo como un trámite probablemente llegarán tarde. Quienes lo vean como una oportunidad para ordenar datos, procesos y responsabilidades estarán mejor preparados para un estándar de transparencia que ya forma parte del nuevo lenguaje regulatorio europeo.

ES NOTICIA

La nueva Ley de los Medicamentos cambia los precios seleccionados por precios dinámicos

El texto remitido al Consejo de Estado recoge que el objetivo es garantizar la sostenibilidad del SNS

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

El Ministerio de Sanidad elimina del Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios el sistema de "precios seleccionados" que figuraba en el texto sometido a audiencia e información pública y lo reemplaza por un nuevo mecanismo denominado "sistema de precios dinámicos". Así lo refleja el texto remitido al Consejo de Estado, al que ha tenido acceso El GlobalFarma.

Una vez emitido el dictamen del Consejo de Estado, el Gobierno podrá volver a elevar el Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios al Consejo de Ministros para su aprobación en segunda vuelta.

Ese acuerdo supondrá el cierre de la fase gubernamental y permitirá iniciar la tramitación parlamentaria de una de las reformas sanitarias más relevantes de la legislatura. A partir de ese momento, el texto llegará al Parlamento habiendo pasado ya de ser Anteproyecto a Proyecto de Ley.

En la versión sometida a audiencia pública, el artículo 116 preveía que las compañías farmacéuticas presentaran ofertas de precio al Ministerio de Sanidad para cada agrupación homogénea de medicamentos. Con esas ofertas, la Administración debía elaborar una propuesta que distinguiera entre el medicamento de precio más bajo, una agrupación de medicamentos con precios seleccionados y otra agrupación de productos no seleccionados. El sistema se renovaría cada seis meses.

El texto contemplaba además que el número de medicamentos incluidos en la agrupación de precios seleccionados y el rango de precios se determinaran teniendo en cuenta factores como el consumo, el impacto presupuestario, el número de medicamentos existentes en la agrupación homogénea, el riesgo de desabastecimiento, el impacto medioambiental y el alineamiento con la autonomía estratégica.

Cuando el documento salió a la luz, este fue uno de los aspectos que generó mayor controversia. En concreto, compañías, farmacia y distribución se unieron contra él y exigieron al Gobierno que se eliminara y que las reformas se consensuaran 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. En particular, desde Farmaindustria propusieron su supresión y su sustitución por un 'Sistema de precios dinámicos'.

César Hernández, director general de Cartera Común y Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad.

Compañías, farmacia y distribución se unieron contra el sistema de precios seleccionados

Cuando el Consejo de Estado dé luz verde, el Gobierno podrá elevar el APL al Consejo de Ministros

Finalmente, el nuevo artículo 121 incorpora precisamente un "sistema de precios dinámicos", cuyo objetivo es, según recoge el propio texto, "alcanzar volúmenes elevados de utilización de medicamentos con precios competitivos en cortos periodos de tiempo", contribuyendo a garantizar la sostenibilidad del SNS y la autonomía estratégica.

APLICACIÓN A GENÉRICOS, HÍBRIDOS Y BIOSIMILARES

El sistema se aplicará a medicamentos sujetos a prescripción incluidos en la prestación farmacéutica del SNS y dispensados en oficinas de farmacia comunitaria. Asimismo, abarcará aquellos medicamentos para los que se comercialicen genéricos, híbridos o biosimilares, así como aquellos cuyo principio activo principal hubiera sido autorizado en la Unión Europea con una antelación mínima de diez años.

Por su parte, quedarán excluidos los medicamentos adquiridos por hospitales o administraciones públicas mediante procedimientos de licitación o con precios homologables a los de licitación.

En cuanto a su aplicación, la norma identifica tres segmentos: los nuevos lanzamientos de medicamentos genéricos, híbridos o biosimilares, "con el objetivo de facilitar la rápida introducción de estos en el mercado"; los mercados consolidados de estos productos cuando su cuota de mercado permanezca estancada, "con el objetivo de dinamizar estos mercados"; y determinados medicamentos cuyos precios hayan sido incrementados conforme a lo previsto en la ley.

El artículo 121 también establece que el desarrollo reglamentario deberá fijar distintos parámetros, entre ellos los porcentajes de reducción del Precio de Venta del Laboratorio (PVL) y los niveles de cuota de mercado que desencadenarán nuevas reducciones.

REDUCCIONES DE PRECIO

Para los nuevos lanzamientos de genéricos, híbridos o biosimilares, el texto señala que se establecerá una primera reducción del PVL respecto al medicamento de referencia que será, "por norma general", del 40%, además de reducciones adicionales ligadas a la consecución de determinados hitos de cuota de mercado.

Para los mercados consolidados de genéricos, híbridos y biosimilares, el artículo prevé una reducción inicial del 5% del PVL respecto al medicamento de referencia y una reducción adicional del 10% cuando la cuota de mercado de estos medicamentos alcance el 50%, además de reducciones de PVL adicionales conforme se alcancen los hitos previstos de cuota de mercado superior al 50%.

CREACIÓN DE UN OBSERVATORIO

Otra de las novedades incorporadas al texto remitido al Consejo de Estado es la creación de un observatorio de cuotas de mercado de medicamentos genéricos, híbridos y biosimilares. Según el artículo 121, este organismo publicará y actualizará de forma continua la información relativa a las cuotas de mercado en unidades a través del portal de internet del Ministerio de Sanidad, con el objetivo de garantizar la transparencia y accesibilidad de los datos.

Asimismo, Sanidad facilitará al observatorio la información necesaria para el ejercicio de sus funciones, incluida la contenida en el Repositorio Nacional previsto en la normativa europea sobre verificación de medicamentos.

El nuevo texto también elimina la clasificación de medicamentos en categorías de "seleccionados" y "no seleccionados" que figuraba en el sometido a audiencia pública.

ES NOTICIA

Los cambios que introduce el nuevo texto del anteproyecto en las aportaciones por ventas

Incorpora una minoración del 10% para las PYMES y un mecanismo de transparencia en las aportaciones

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

El Ministerio de Sanidad mantiene en el Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios la ampliación de las aportaciones por volumen de ventas al Sistema Nacional de Salud (SNS) a los medicamentos y productos sanitarios financiados con fondos públicos dispensados en cualquier ámbito del sistema, aunque introduce varias modificaciones en la disposición adicional sexta respecto al texto sometido a audiencia e información pública. Así lo refleja el texto remitido al Consejo de Estado.

Entre los principales cambios figura la incorporación de una minoración adicional del 10% de la aportación para aquellas compañías que tengan la consideración de pequeñas o medianas empresas (PYMES), un incentivo que se suma a las reducciones ya previstas para las compañías evaluadas en el marco del programa Profarma.

El nuevo texto mantiene asimismo el compromiso de desarrollar un programa para el fomento de la competitividad de la industria de productos sanitarios, pero añade expresamente que dicho programa deberá contemplar previsiones específicas para el software como producto sanitario (Software as a Medical Device, SaaMD) y las necesidades de interoperabilidad asociadas.

En relación con los productos sanitarios financiados con fondos públicos incluidos en el ámbito del apartado 3 de la disposición adicional sexta, el texto establece que quedarán exentos de la aportación por volumen de ventas hasta la publicación oficial del citado programa de competitividad. Por su parte, la regulación de las exenciones también ha sufrido ajustes. La disposición prevé que queden exentos de la aportación los medicamentos y productos sanitarios adquiridos en régimen de competencia y concurrencia pública, así como aquellos que

Mónica García, ministra de Sanidad.

marquen el precio diferencial más bajo dentro de una agrupación homogénea. "Esta exención se aplicará durante el tiempo que se mantenga dicha condición y quedará acotada a los dos primeros años desde la comercialización del primer genérico, híbrido o biosimilar de la agrupación correspondiente", recoge el texto. Otra de las novedades afecta al procedimiento de liquidación. En los casos en los que no se haya efectuado la comunicación de ventas o se detecten errores relevantes en la información aportada, Sanidad deberá ofrecer previamente al fabricante, importador u ofertante afectado la posibilidad de subsanación antes de efectuar el cálculo de la cantidad a ingresar.

Asimismo, el texto incorpora la creación de un mecanismo específico de transparencia para el uso de los fondos recaudados mediante esta disposición, con el objetivo de conocer la toma de decisiones en la asignación de recursos y el destino de cada una de las actuaciones financiadas.

Por último, los porcentajes generales de aportación permanecen sin cambios respecto a la versión sometida a audiencia e información pública, manteniéndose en el 1,5% para las ventas cuatrimestrales de hasta 3 millones de euros y en el 2% para las que superen esa cifra. Tampoco se modifican las minoraciones vinculadas a las distintas categorías del programa Profarma, que continúan siendo del 3% para las compañías calificadas como aceptables, del 11% para las buenas, del 16% para las muy buenas y del 25% para las excelentes.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

¿Qué dice el borrador y su nuevo articulado sobre los fármacos que son estratégicos?

JAVIER ALBERCA
Madrid

El borrador de mayo de 2026 del APL de los Medicamentos y Productos Sanitarios sitúa a los medicamentos estratégicos entre los elementos centrales de la política farmacéutica del SNS. El texto los define como medicamentos esenciales, indispensables por su eficacia, seguridad y relevancia sanitaria, cuya disponibilidad no puede verse comprometida. De hecho, la norma mantiene el objetivo de garantizar la permanencia en el mercado de medicamentos necesarios para la práctica clínica, especialmente aquellos antiguos, de bajo precio o con menor atractivo comercial, y prevé la adopción de medidas regulatorias.

En este sentido, la AEMPS publicará y mantendrá un listado de medicamentos estratégicos y podrá exigir planes de prevención de problemas de suministro o escasez. Entre las novedades figura la incorporación de la autonomía estratégica como criterio para la financiación pública de medicamentos, junto a otros factores relacionados con la generación de renta, la productividad y las actividades de investigación y desarrollo vinculadas al sistema sanitario.

El borrador habilita asimismo la adopción de medidas económicas y fiscales para medicamentos estratégicos cuando existan problemas de suministro o escasez por razones económicas y prevé la exención de tasas para determinadas actividades y servicios relacionados con su fabricación.

En materia de precios, permite que la CIPM revise al alza medicamentos estratégicos incluidos en conjuntos de referencia cuando concurran las circunstancias previstas en la ley. También contempla excepciones en el sistema de precios de referencia o la aplicación de coeficientes correctores para medicamentos que aporten una mejora para los pacientes o una ventaja estratégica para el SNS. La Memoria del Análisis de Impacto Normativo estima para estas revisiones un impacto presupuestario de entre 75 y 150 millones de euros.

El texto también conecta estas revisiones con el nuevo sistema de precios dinámicos y refuerza las obligaciones de transparencia sobre la financiación pública de la I+D, información que podrá considerarse en los procedimientos de financiación y fijación de precios. En contratación pública, los contratos de suministro de medicamentos estratégicos deberán incluir al menos una condición medioambiental y, en las licitaciones hospitalarias, el precio no podrá superar el 20% de los criterios de adjudicación salvo justificación motivada.

La norma vincula asimismo los medicamentos estratégicos con la reserva estratégica nacional de medicamentos y productos sanitarios, gestionada por la Administración General del Estado en coordinación con el CECOPIE, y con el futuro Espacio Nacional de Datos de Salud, con el objetivo de mejorar la detección de riesgos de desabastecimiento y reforzar la capacidad de anticipación ante posibles vulnerabilidades en la cadena de suministro.

Aunque la figura ya estaba en el borrador de abril de 2025, el de 2026 amplía su desarrollo con una definición más detallada, la incorporación de la autonomía estratégica a la financiación pública, una regulación más específica de precios y una mayor conexión con contratación, datos sanitarios, reserva estratégica y autonomía industrial.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

ES NOTICIA

Los cambios que afectan a la Farmacia con el nuevo borrador de la Ley de los Medicamentos

El nuevo texto redefine aspectos de la dispensación, la financiación pública y la gestión de los fármacos

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

El Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios continúa avanzando en su tramitación y afronta una fase decisiva antes de llegar al Parlamento. El texto que se remitió al Consejo de Estado y al que tuvo acceso El GlobalFarma, incorpora diversas modificaciones que afectan directamente a la actividad de las oficinas de farmacia y que podrían transformar aspectos relevantes de la dispensación, la gestión económica y la práctica asistencial.

Entre las principales novedades incluidas en el nuevo borrador figuran la posible regulación de la redispensación de medicamentos no utilizados, la implantación de un sistema de precios dinámicos, una mayor capacidad de sustitución por parte del farmacéutico ante problemas de suministro, nuevas obligaciones de información al paciente y cambios en ámbitos como las fórmulas magistrales o la organización de la prestación farmacéutica.

REDISPENSACIÓN

Uno de los cambios más relevantes introducidos en esta versión del anteproyecto afecta a la gestión de los medicamentos no utilizados. La norma mantiene el principio general que ha regido históricamente la dispensación farmacéutica al establecer que "se prohíbe la dispensación, venta o comercialización de cualquier medicamento o 'producto' que sea devuelto o entregado por los pacientes, profesionales sanitarios o el público en general". Esta prohibición seguirá afectando a oficinas de farmacia comunitaria, servicios de farmacia, establecimientos de venta de productos sanitarios y centros autorizados para la dispensación de medicamentos veterinarios.

No obstante, el artículo 4.5 incorpora por primera vez una excepción a esta regla general. El texto establece que "el Gobierno, mediante real decreto, establecerá aquellas situaciones en las que se pueda exceptuar esta prohibición y proceder a la redispensación de medicamentos y 'productos' no utilizados", La futura regulación deberá concretar los supuestos en los que podrá aplicarse esta medida, aunque el anteproyecto ya fija dos requisitos: que la redispensación se realice a través de servicios de farmacia y que los productos se encuentren en "su envase original e íntegro".

Aunque todavía no se detallan los escenarios concretos en los que podría utilizarse este mecanismo, la incorporación de esta habilitación normativa supone un cambio significativo respecto a los planteamientos anteriores y abre el debate sobre la reutilización de medicamentos bajo condiciones de seguridad y trazabilidad estrictamente controladas.

PRECIOS DINÁMICOS

Otro de los ejes de la reforma es la sustitución del actual modelo de precio seleccionado por un Sistema de Precios Dinámicos para los medicamentos financiados dispensados en oficinas de farmacia comunitaria. El objetivo es que los precios financiados reflejen de forma más rápida la competencia existente en el mercado.

Según recoge el artículo 118, este sistema regulará "para los medicamentos que se dispensen en oficinas de farmacia comunitaria con cargo a fondos públicos, un sistema de precios dinámicos o flexibles en función del grado efectivo de competencia en el mercado". Frente al modelo anterior, basado en revisiones más espaciadas, el nuevo esquema permitirá actualizaciones mensuales de precios a través del Nomenclátor.

El nuevo borrador de la Ley de los Medicamentos abre la puerta a la redispensación de medicamentos no utilizados

Para las farmacias, el cambio supondrá una gestión más intensa de stocks, compras y márgenes. Como mecanismo transitorio, el texto contempla que los establecimientos puedan seguir facturando durante un mes al precio anterior los medicamentos que tengan en existencias cuando entre en vigor una nueva actualización de precios.

SUMINISTRO

El borrador también amplía las posibilidades de actuación del farmacéutico en situaciones de desabastecimiento. El artículo 105 prevé que, cuando no exista disponibilidad del medicamento prescrito ni de ningún otro perteneciente a su agrupación homogénea, la AEMPS pueda autorizar sustituciones excepcionales.

En concreto, el texto señala que "la Agencia podrá permitir la sustitución por parte del farmacéutico del medicamento prescrito por otro no incluido en la misma agrupación homogénea". Paralelamente, la nueva definición de agrupación homogénea amplía la posibilidad de intercambiar medicamentos con formas farmacéuticas distintas siempre que hayan sido consideradas homologables e intercambiables por la AEMPS.

La reforma incorpora además nuevas obligaciones asistenciales para el farmacéutico. El artículo 105 establece que deberá informar al paciente "de manera suficiente y comprensible" sobre los motivos de la sustitución, las diferencias respecto al tratamiento inicialmente prescrito y cualquier implicación derivada del cambio, además de documentar la actuación para que sea conocida por el médico prescriptor a la mayor brevedad posible.

PAGO DE DIFERENCIAS

El anteproyecto mantiene el derecho del paciente a elegir entre las diferentes alternativas disponibles dentro de una misma agrupación homogénea. Cuando el usuario opte por un medicamento con un precio superior al financiado por el Sistema Nacional de Salud, podrá acceder a él abonando la diferencia correspondiente además de su aportación habitual.

La norma mantiene, sin embargo, la obligación de dispensar el medicamento de menor precio cuando el paciente no manifieste una preferencia específica.

MEDIOAMBIENTAL

Entre las novedades más singulares del texto figura la incorporación de criterios ambientales al proceso de dispensación. El artículo 104 introduce la obligación de que el farmacéutico informe al paciente sobre el impacto medioambiental de las distintas alternativas terapéuticas cuando dicha información esté disponible.

La medida se complementa con la incorporación de una definición específica de "impacto medioambiental" en el artículo 2 y con el compromiso de desarrollar un sistema homogéneo de evaluación.

ENVASES

El nuevo borrador elimina definitivamente la posibilidad de fraccionar envases en las oficinas de farmacia comunitaria. La medida, incluida en el Artículo 19, apartado 8, busca reforzar la trazabilidad de los medicamentos y garantizar que la dispensación se realiza siempre sobre envases originales: "Eliminar la posibilidad de fraccionamiento de los envases en farmacia comunitaria tal y como se introdujo en la modificación de 2010".

Blindaje del canal farmacéutico y precio único para fórmulas magistrales

El anteproyecto mantiene la reserva de actividad para la custodia, conservación y dispensación de medicamentos, consolidando el papel de las oficinas de farmacia, los servicios de farmacia hospitalaria y las unidades de radiofarmacia como canales exclusivos para estas funciones.

Junto a ello, el artículo 110 introduce una modificación relevante para las fórmulas magistrales y vacunas individualizadas financiadas. El precio acordado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será único para todo el territorio nacional, reforzando así el principio de igualdad territorial en el acceso a este tipo de tratamientos individualizados.

ES NOTICIA

Sanidad saca a audiencia pública el RD de Precio y Financiación de Medicamentos

Una de las principales novedades que introduce es la incorporación de un sistema de precios dinámicos

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

El Ministerio de Sanidad abrió el trámite de audiencia e información pública del proyecto de real decreto (RD) de Precio y Financiación de Medicamentos, una "norma clave" para completar el nuevo marco de evaluación, financiación y seguimiento de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Tras la aprobación del RD de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y el envío al Consejo de Estado del Anteproyecto de Ley de los Medicamentos, este era uno de los textos normativos más esperados por el sector.

Según Sanidad, "el proyecto introduce medidas para facilitar el acceso a la innovación terapéutica, reforzar la competencia en los mercados cuando ya existen medicamentos genéricos o biosimilares, mejorar la eficiencia de la prestación farmacéutica y garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud". La reforma establece, por primera vez, plazos administrativos estrictos para la resolución de expedientes:

Ministerio de Sanidad.

- Trámite ordinario: La Administración dictará y notificará la resolución en un plazo máximo de seis meses desde la admisión a trámite de la solicitud.
- Trámite simplificado: Se establece un plazo de 30 días para la resolución de medicamentos competidores (genéricos y biosimilares), facilitando su entrada rápida al mercado.

Una de las principales novedades es la incorporación de un sistema de precios dinámicos "para reforzar la competencia entre los medicamentos que ya han perdido la exclusividad de mercado, a partir de la entrada de medicamentos genéricos y biosimilares".

Según Sanidad, este sistema tiene en cuenta que la capacidad de los medicamentos competidores para ofrecer precios más bajos depende también del volumen que alcancen en el mercado. Por ello, permitirá ajustar los precios de forma progresiva conforme aumente la competencia real y la cuota de mercado. "El régimen dinámico se aplicará desde la entrada del primer competidor hasta la incorporación del medicamento al sistema anual de precios de referencia", especifica.

Para garantizar la autonomía estratégica y evitar desabastecimientos, la norma no solo busca bajar precios, sino proteger los medicamentos esenciales que son vitales pero cuya comercialización puede dejar de ser viable. Para ello, prevé la aplicación de mecanismos correctores y ajustes de precio en fármacos críticos que tengan un precio muy bajo. Según Sanidad, el objetivo es garantizar la seguridad del suministro, evitando que estos medicamentos desaparezcan por falta de rentabilidad económica.

Otra novedad técnica es la posibilidad de que un mismo medicamento tenga dos precios distintos. En este contexto, podrá coexistir un precio de financiación para las dispensaciones pagadas por el Estado y un precio notificado (superior al anterior) para cuando el fármaco se utilice fuera de la financiación pública, como en indicaciones no cubiertas.

La norma incorpora también nuevas herramientas para gestionar la incertidumbre asociada a las terapias más innovadoras que, en ocasiones, llegan al mercado con evidencia clínica todavía limitada sobre sus efectos a largo plazo.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

La Eurocámara pide suspender las obligaciones vinculadas a la RAP de la Directiva de Aguas

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

El Parlamento Europeo pidió una suspensión temporal de las obligaciones vinculadas a la Responsabilidad Ampliada del Productor (RAP) de la Directiva de Aguas Residuales, ante la preocupación por su posible impacto en la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los medicamentos en la UE. Precisamente, la RAP ha sido uno de los aspectos más criticados por el sector de la industria farmacéutica y cosmética, especialmente por el modelo de financiación que plantea. En concreto, establece que la contribución a la financiación de la RAP "debe ser proporcional a la cantidad de sustancias puestas en el mercado por los productores, así como a la peligrosidad de las mismas".

En una resolución aprobada con 294 votos a favor, 245 en contra y 28 abstenciones, los eurodiputados reafirmaron su compromiso con los objetivos medioambientales europeos y con la reducción de la contaminación del agua, especialmente de los microcontaminantes procedentes de productos farmacéuticos y cosméticos. La Eurocámara considera necesario avanzar en la implantación del tratamiento cuaternario de las aguas residuales —destinado a eliminar microcontaminantes— para proteger la salud pública, preservar los ecosistemas y hacer frente a riesgos emergentes como la resistencia a los antimicrobianos.

Sin embargo, los parlamentarios alertaron de que "los costes asociados a estas nuevas tecnologías de tratamiento no deben generar efectos negativos sobre el acceso de los ciudadanos a los medicamentos". Por ello, solicitaron a la Comisión Europea que revise el impacto económico y regulatorio de la RAP antes de exigir su aplicación plena. Por todo ello, la resolución instó a la Comisión Europea a elaborar una nueva evaluación de impacto antes de finales de 2026 que permita:

- Identificar las sustancias presentes en las aguas residuales urbanas.
- Analizar los costes reales del tratamiento cuaternario.
- Determinar qué sectores deben asumir responsabilidades según el principio de «quien contamina paga».
- Evaluar el posible impacto sobre la disponibilidad, la asequibilidad y el acceso a los medicamentos.

Hasta que finalice este análisis, los eurodiputados solicitaron "parar el reloj" y suspender temporalmente tanto las obligaciones derivadas de la RAP como los compromisos financieros asociados al tratamiento cuaternario.

Parlamento Europeo.

La Directiva revisada sobre el Tratamiento de las Aguas Residuales Urbanas, que entró en vigor el 1 de enero de 2025, establece que los Estados miembro deben garantizar una adecuada recogida y tratamiento de las aguas residuales. Dentro del marco del principio europeo de "quien contamina paga", la normativa introdujo la RAP para fabricantes de medicamentos y productos cosméticos, obligándoles a cubrir al menos el 80% de los costes relacionados con la eliminación de microcontaminantes mediante tratamiento cuaternario.

La aplicación será progresiva, ya que comenzará en diciembre de 2033 con la modernización del 20% de las plantas de mayor tamaño y del 10% de las instalaciones más pequeñas, para alcanzar el 60% de cobertura en 2039 y el 100% en 2045.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

EHA 2026 CONGRESS

De las CAR-T a los biespecíficos: análisis de las novedades que trajo el Congreso EHA 2026

Los expertos de la SEHH, Raúl Córdoba y Valentín García Gutiérrez, repasan los datos más destacados de la cita

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La edición 2026 del Congreso de la European Hematology Association (EHA), que se celebró del 11 al 14 de junio en Estocolmo, reunió a miles de especialistas de todo el mundo para presentar algunos de los avances más relevantes en enfermedades hematológicas. El encuentro, considerado el principal foro científico europeo de la especialidad, ofreció una panorámica de las tendencias que marcarán la práctica clínica en los próximos años, desde nuevas inmunoterapias para linfomas hasta estrategias dirigidas para leucemias y terapias celulares de nueva generación.

Entre los temas que más expectación generaron destacan los resultados de ensayos clínicos en linfoma difuso de células B grandes, linfoma folicular, linfoma del manto y leucemia linfocítica crónica, así como las novedades en leucemia mieloide crónica, una enfermedad en la que los investigadores buscan no solo mejorar la supervivencia, sino también aumentar el número de pacientes capaces de suspender el tratamiento de forma segura.

ESTRATEGIAS SÓLIDAS

Para Raúl Córdoba, responsable de Estrategia de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), uno de los mensajes más importantes del congreso fue la consolidación de nuevas estrategias terapéuticas que mejoran los resultados obtenidos con los tratamientos convencionales.

En linfoma difuso de células B grandes, la forma más frecuente de linfoma no Hodgkin agresivo, destacaron varios estudios en primera línea de tratamiento. Entre ellos figura el ensayo fase III frontMIND, que evalúa la combinación de tafasitamab y lenalidomida junto a R-CHOP frente al estándar actual. Según explica Córdoba, los primeros resultados muestran "una mejora aproximada del 8% en supervivencia libre de progresión", un dato que, según explica el hematólogo, podría reforzar el papel de las combinaciones inmunológicas desde el inicio de la enfermedad.

También sobresalieron los resultados del estudio POLARBEAR en pacientes de edad avanzada, donde la combinación de polatuzumab con R-miniCHOP muestra mejoras tanto en supervivencia libre de progresión como en supervivencia global. A ello se suman los primeros datos de un ensayo fase I que combina golcadomida, polatuzumab y R-CHP, una estrategia que apunta a incrementar las tasas de respuesta completa.

Sin embargo, algunos de los hallazgos más llamativos llegaron en el contexto de la recaída. Córdoba destaca especialmente los datos del estudio fase III con epcoritamab frente a quimioterapia convencional. "La gran pregunta es si podremos evitar la quimioterapia en la recaída", señala el especialista, reflejando una tendencia cada vez más visible en el desarrollo de nuevos tratamientos.

La irrupción de los anticuerpos biespecíficos constituye precisamente uno de los fenómenos más destacados de la hematología actual. Estas terapias son capaces de dirigir simultáneamente al sistema inmunitario y a la célula tumoral, ofreciendo respuestas cada vez más profundas con perfiles de toxicidad manejables.

Nuevos estudios buscan ampliar la suspensión segura de tratamientos a un mayor número de pacientes

En este contexto, Córdoba subraya también el potencial de glofitamab en linfoma de células del manto, una enfermedad para la que todavía no existe ningún anticuerpo biespecífico aprobado. Los resultados presentados en EHA 2026 refuerzan la expectativa de que esta situación pueda cambiar próximamente.

Otra de las áreas que concentran una intensa actividad investigadora es el linfoma folicular. En esta enfermedad, varios estudios exploran esquemas completamente libres de quimioterapia para pacientes en recaída. Las combinaciones de mosunetuzumab con lenalidomida y de golcadomida con rituximab representan algunos de los ejemplos más avanzados de esta estrategia.

Mientras tanto, en leucemia linfocítica crónica continúan apareciendo nuevas generaciones de terapias dirigidas. Córdoba destaca especialmente los resultados obtenidos con la combinación de zanubrutinib y sonrotoclax en primera línea de tratamiento. "Los resultados son superiores a los obtenidos con inhibidores de primera generación", explica, en referencia a dos familias terapéuticas que han transformado el abordaje de esta enfermedad.

Asimismo, un estudio presentado como late-breaking abstract muestra resultados positivos para la combinación de pirtobrutinib, venetoclax y rituximab en pacientes en recaída, con mejoras en respuesta y supervivencia libre de progresión respecto a las opciones actuales.

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

Junto a estos avances, en EHA 2026 también se dedicó una atención especial a la leucemia mieloide crónica, una patología que ha experimentado una auténtica revolución terapéutica gracias a los inhibidores de tirosina quinasa.

Según explica Valentín García Gutiérrez, vicepresidente segundo de la SEHH, presidente del Grupo Español de Leucemia Mieloide Crónica (GELMC) y hematólogo del Hospital Universitario Ramón y Cajal, una de las presentaciones más relevantes fue la actualización del ensayo ASC4FIRST, que permitió la aprobación de asciminib en primera línea de tratamiento.

"Nos van a ir mostrando datos ya más maduros de esta superioridad de asciminib frente al resto de las opciones terapéuticas", señala el especialista. Además, destaca que los nuevos resultados permitirán conocer mejor aspectos relacionados con la tolerabilidad y la capacidad del tratamiento para alcanzar respuestas moleculares profundas, consideradas uno de los principales objetivos clínicos en esta enfermedad.

García Gutiérrez también resalta la aparición de nuevas moléculas destinadas a pacientes que han fracasado a tratamientos previos. "Son todavía datos de ensayos clínicos fases uno o dos, pero son realmente interesantes y van a dar pie a que estos fármacos evolucionen hacia estudios fase III", explica.

Otro de los aspectos que despierta un creciente interés es la posibilidad de suspender el tratamiento en determinados pacientes. Diversos grupos de investigación trabajan para identificar qué factores permiten predecir quiénes podrán mantener la remisión sin necesidad de continuar con la medicación.

Precisamente en este ámbito, el Grupo Español de Leucemia Mieloide Crónica presentó en el congreso europeo dos trabajos relevantes. El primero analiza la posibilidad de realizar un segundo intento de discontinuación tras dos años de tratamiento con ponatinib. "Creemos que va a tener un impacto relevante", afirma García Gutiérrez.

Por otro lado, la segunda comunicación estudia una de las mayores series mundiales de reducción de dosis en pacientes tratados en primera línea, con especial atención a la eficacia y tolerancia en personas de edad avanzada.

"Asistimos a distintas comunicaciones con fármacos que ya tenemos en curso, nuevos medicamentos que están en desarrollo y también estudios traslacionales y biológicos en los que seguimos apostando por ver diferencias entre los pacientes que responden y los que no", concluye el especialista.

*Pacientes ficticios, únicamente con fines ilustrativos. **Para más información, consulte con su médico.
1. Early Detection Saves Lives: The Essential Cancer Screenings You Can't Afford to Skip. Cancer Research Institute. 2025; [Internet] (acceso junio 2025). Disponible en: https://www.cancerresearch.org/blog/early-detection-saves-lives-the-essential-cancer-screenings-you-cant-afford-to-skip

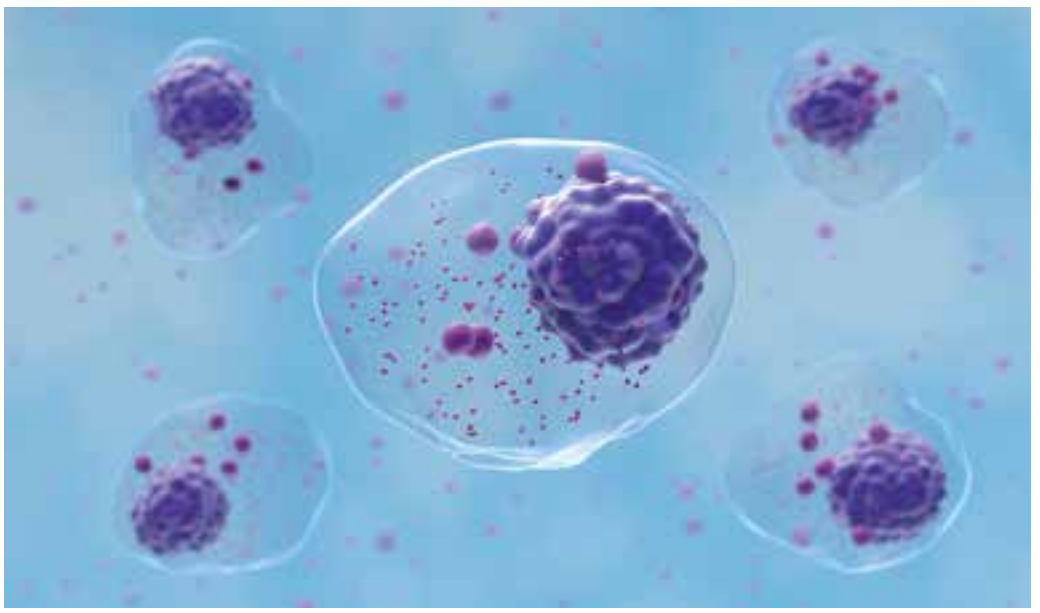
NP-ES-NA-BNNR-25000(vi) 06/2025

EHA 2026 CONGRESS

ENRIQUE M. OCIO SAN MIGUEL, jefe de Servicio de Hematología del Hospital Marqués de Valdecilla

"Estamos viviendo un momento revolucionario en el tratamiento del mieloma múltiple"

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid



Los avances presentados en el Congreso de la Asociación Europea de Hematología (EHA 2026) refuerzan el cambio de paradigma que vive actualmente el tratamiento del mieloma múltiple. Nuevas estrategias de inmunoterapia, combinaciones terapéuticas más eficaces desde las primeras recaídas y la incorporación de tratamientos innovadores en fases más precoces de la enfermedad están permitiendo mejorar de forma significativa la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Así lo destaca Enrique M. Ocio San Miguel, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, quien asegura en una entrevista con Gaceta Médica que "estamos en un momento realmente revolucionario en el tratamiento del mieloma".

Según el especialista, "ha habido fundamentalmente dos grandes cambios" en este sentido: "Uno es la optimización de los tratamientos en primera línea, que ha hecho que los pacientes de nuevo diagnóstico tengan supervivencias libres de progresión que superan los 10 e incluso los 15 años", explica.

Como expone el jefe de servicio de Hematología del Hospital Marqués de Valdecilla, esta evolución está permitiendo que algunos pacientes puedan incluso alcanzar una curación funcional de la enfermedad, aunque puntualiza que "es algo que todavía no sabemos con certeza porque no ha transcurrido suficiente tiempo, pero los resultados son extraordinarios".

A ello se suma, por otro lado, el desarrollo de nuevas estrategias de inmunoterapia dirigidas frente a dianas como BCMA y GPRC5D, que han transformado el abordaje de las recaídas. "Tenemos tratamientos muy eficaces y cada vez mejor tolerados", resume.

INTERVENIR ANTES

Uno de los ámbitos que más interés despertó fue la utilización de terapias innovadoras en pacientes con mieloma múltiple smoldering, una fase de la enfermedad de alto riesgo.

En este contexto, se presentaron resultados con anticuerpos biespecíficos que muestran tasas muy elevadas de respuesta y de enfermedad mínima residual negativa. Para Ocio, estos datos apuntan a una tendencia clara: intervenir antes para evitar la progresión hacia formas sintomáticas del mieloma.

También reflexiona sobre los estudios que incorporan terapias dirigidas frente a BCMA en pacientes de nuevo diagnóstico no candidatos a trasplante. Entre ellos figura el programa de ensayos clínicos DREAMM (GSK), cuyos resultados presentados en el Congreso sugieren que estas estrategias podrían integrarse en fases cada vez más tempranas del tratamiento.

Según Ocio, "con los datos a más largo plazo y el mayor seguimiento que hemos visto, el beneficio se mantiene, lo que convierte a estos esquemas en nuevos estándares de tratamiento".

OPCIONES EN RECAÍDA

Si hay un área donde el progreso está siendo especialmente rápido es en el mieloma múltiple en recaída o refractario. En EHA 2026 se presentaron varios estudios que evalúan precisamente nuevas combinaciones terapéuticas basadas en anticuerpos biespecíficos y otros agentes innovadores.

Enrique M. Ocio San Miguel
Jefe de Servicio de Hematología del Hospital Marqués de Valdecilla

"Buscamos ese sinergismo en el sistema inmune: que unos tratamientos activen las defensas y permitan que otros sean todavía más potentes"

"Ahora mismo, en primeras recaídas tenemos muchas opciones para elegir. Disponemos de CAR-T, de anticuerpos biespecíficos, de anticuerpos conjugados y de múltiples combinaciones que nos permiten adaptar el tratamiento a cada paciente", explica. El especialista subraya, igualmente, que el arsenal terapéutico disponible sigue creciendo y que, previsiblemente, los anticuerpos biespecíficos también llegarán a las primeras recaídas en un futuro próximo.

"Vamos a tener todo tipo de tratamientos para estos pacientes y conseguimos que puedan recibir terapias muy eficaces en la primera, segunda y tercera recaída", pronostica.

COMBINACIONES

Otra tendencia clara en el campo de la investigación es el desarrollo de combinaciones terapéuticas capaces de potenciar la respuesta inmunitaria frente al tumor. "Cada vez más buscamos ese sinergismo en el sistema inmune para que unos tratamientos activen las defensas del paciente y permitan que otros fármacos sean todavía más potentes", desarrolla Ocio al ser preguntado al respecto.

Los resultados de esta estrategia se traducen en tasas de respuesta sin precedentes. "Estamos viendo remisiones completas muy profundas en prácticamente la mitad de los pacientes y respuestas que se mantienen durante muchos años", manifiesta el jefe de Hematología. Así, el experto considera que el siguiente paso consistirá en optimizar estas combinaciones para reducir dosis, limitar la duración y disminuir la toxicidad.

Continuando por la senda de los cambios que está experimentando el manejo del mieloma múltiple se debe reseñar también la creciente individualización de las decisiones terapéuticas.

PERSONALIZACIÓN

"Ahora tenemos tantas opciones que podemos personalizar el tratamiento en función de las características biológicas de la enfermedad, pero también teniendo en cuenta al paciente, su entorno familiar, laboral y sus preferencias", explica el jefe de Hematología del Hospital Marqués de Valdecilla.

Esta capacidad de adaptación permite seleccionar estrategias diferentes según la citogenética del tumor, el riesgo de la enfermedad o aspectos prácticos relacionados con la calidad de vida. "Tenemos más posibilidades de decidir junto al paciente cuál es la mejor opción para él. Ya no tratamos solo la enfermedad, sino que tenemos en cuenta todo lo que rodea a la persona", afirma.

RETOS DE FUTURO

Pese al optimismo que generan los avances repasados, Ocio considera que todavía existen desafíos. Entre ellos la necesidad de mejorar los resultados en pacientes con características de alto riesgo, como aquellos con alteraciones citogenéticas desfavorables o recaídas precoces.

"Tenemos que focalizarnos en poblaciones específicas de más alto riesgo que probablemente se beneficien de tratamientos diferentes o más intensivos", señala. Sin embargo, el especialista cree que el gran objetivo de los próximos años será mejorar la experiencia del paciente durante el tratamiento.

"Ahora mismo lo más relevante es la comodidad para el paciente: reducir efectos secundarios, disminuir las visitas al hospital y hacer tratamientos más sencillos desde el punto de vista logístico", indica, antes de concluir: "Los buenos resultados de eficacia hacen que podamos centrarnos cada vez más en la calidad de vida".

ASCO 2026

Un **punto** de **inflexión** en la forma de entender el CÁNCER

Especial **GACETA MÉDICA**

ENSAYO FASE 3 PROTEUS

Apalutamida más TDA redujo un 20% el riesgo de metástasis o muerte en cáncer de próstata

Los pacientes tratados presentaron una supervivencia libre de metástasis a 5 años que alcanzó el 78,2%

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

El tratamiento perioperatorio con apalutamida en combinación con terapia de privación androgénica (TDA) podría abrir una nueva vía terapéutica para los pacientes con cáncer de próstata localizado de alto riesgo o localmente avanzado. Así lo sugieren los resultados finales del ensayo fase 3 PROTEUS de Johnson & Johnson, presentados en la sesión plenaria del Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica y publicados en The New England Journal of Medicine.

El ensayo, que incluyó a 2.109 pacientes, alcanzó sus dos objetivos principales. Por un lado, los pacientes tratados con apalutamida presentaron una probabilidad casi nueve veces superior de llegar a la cirugía con una respuesta patológica completa o enfermedad mínima residual (EMR) en comparación con aquellos que recibieron únicamente TDA (8,9% frente a 1,0%), tras una mediana de seguimiento de 61,7 meses. Por otro, la combinación redujo un 20% el riesgo de desarrollar metástasis o fallecer, con una supervivencia libre de metástasis a cinco años del 78,2% en el grupo tratado frente al 73,5% del grupo control.

Los beneficios también se observaron en varios objetivos secundarios. Destaca el tiempo hasta la necesidad de un tratamiento posterior: los pacientes tratados con apalutamida tardaron más de seis años en requerirlo (74,2 meses), frente a los 41,5 meses registrados en los pacientes tratados solo con TDA. Además, se observó una reducción del 29% en el riesgo de recurrencia de la enfermedad o muerte y una mejora en el control de la enfermedad a distancia.

Estos resultados son relevantes porque cerca de la mitad de los pacientes con cáncer de próstata localizado de alto riesgo tratados mediante cirugía experimentan una recaída posterior, lo que obliga a administrar nuevos tratamientos cuando la enfermedad ya puede resultar incurable. En este sentido, las terapias complementarias suelen utilizarse solo después de que el cáncer se haya diseminado, lo que supone perder una oportunidad crucial para intervenir antes y mejorar los resultados a largo plazo.

Enfoque perioperatorio

En seguridad, el perfil de apalutamida fue consistente con el conocimiento que ya se tenía. Los efectos adversos más frecuentes fueron sofocos, incontinencia urinaria y disfunción eréctil. Las tasas de mortalidad fueron similares en ambos grupos.

Después de presentar estos resultados, Henar Hevia, directora del Área de Oncología para Europa, África y Oriente Medio de Johnson & Johnson, destacó que el objetivo de la compañía es seguir incorporando nuevas terapias en fases más tempranas del tratamiento, donde existe un mayor potencial para modificar el curso de la enfermedad.

Actualmente, apalutamida está aprobada para determinadas fases avanzadas del cáncer de próstata, aunque todavía no cuenta con autorización para su uso en combinación con terapia hormonal en este contexto perioperatorio. La compañía indicó que continúan los análisis del estudio PROTEUS para contextualizar estos resultados frente a los estándares terapéuticos actuales.

El profesor de urología y cirujano urológico del Hospital IRCCS San Raffaele de Milán, Alberto Briganti, afirmó que "para muchos de estos pacientes la cirugía por sí sola puede no ser suficiente para prevenir la recurrencia y la progresión, y muchos acabarán desarrollando una enfermedad más avanzada", además añadió que los resultados "apuntan a un posible cambio que transformaría la práctica clínica", al respaldar un enfoque perioperatorio. Apalutamida está autorizada para su uso en el cáncer de próstata avanzado, incluidos los casos en los que la enfermedad se ha extendido o ya no responde a determinadas terapias hormonales.

"Los resultados del ensayo apuntan a un posible cambio que transformaría la práctica clínica"

Los pacientes tratados con apalutamida + TDA tardaron más de 6 años en requerir tratamiento posterior

MIELOMA MÚLTIPLE

Nuevos datos de teclistamab demuestran una SLP y una SG superiores al tratamiento estándar desde la primera recaída

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Los resultados del ensayo fase 3 MajesTEC-9 presentados en la reunión anual de ASCO 2026 refuerzan la tendencia hacia la incorporación de terapias innovadoras en fases más tempranas de la enfermedad. Johnson & Johnson dio a conocer nuevos datos, que muestran beneficios clínicamente relevantes con teclistamab en mieloma múltiple en recaída o refractario.

Los resultados han sido publicados en The New England Journal of Medicine y respaldan estrategias dirigidas a mejorar los resultados a largo plazo mediante intervenciones más precoces.
En el ámbito de la hematología, los resultados del estudio fase 3 MajesTEC-9 mostraron que Tecvayli (teclistamab) logró mejoras estadísticamente significativas tanto en supervivencia libre de progresión (SLP) como en supervivencia global (SG) frente a los tratamientos estándar en pacientes con mieloma múltiple en recaída o refractario que habían recibido al menos una línea previa de tratamiento. El ensayo evaluó teclistamab frente a regímenes basados en pomalidomida, bortezomib y dexametasona (PVd) o carfilzomib y dexametasona (Kd) en pacientes que habían recibido entre una y tres líneas previas, incluyendo lenalidomida y un anticuerpo monoclonal anti-CD38.

La población estudiada presentaba características complejas, ya que el 85% era refractaria a anticuerpos monoclonales anti-CD38, el 79% a lenalidomida y más del 90% mostraba resistencia a la última línea de tratamiento recibida. Según los resultados, teclistamab redujo en un 71% el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte en comparación con el tratamiento estándar y disminuyó en un 40% el riesgo de muerte. Además, todos los objetivos secundarios fueron favorecedores: el 65,9% alcanzó una respuesta completa o mejor, frente al 16,8% registrado con las terapias estándar.

Ester in 't Groen, directora del Área Terapéutica de Hematología para Europa, Oriente Medio y África de J&J, afirmó que los datos respaldan el potencial de los tratamientos basados en teclistamab para incorporarse a líneas terapéuticas más tempranas y convertirse en un posible nuevo estándar desde la segunda línea. Asimismo, el perfil de seguridad fue consistente con el ya conocido.

Transformando el futuro de la atención sanitaria

En Astellas desarrollamos terapias que ofrecen nuevas opciones para los pacientes y sus familias. Ellos nos inspiran a impulsar soluciones innovadoras en salud que generen avances significativos para quienes más los necesitan.

Trabajamos a la vanguardia del cambio en el ámbito de la salud para convertir la ciencia innovadora en VALOR para los pacientes.

Descubre más en astellas.com

astellas

MAT-ES-NON-2025-00423 I JUNIO 2025

AVANCES EN INVESTIGACIÓN

El potencial de los ADC como estándar de tratamiento en cáncer de mama y gástrico

Daiichi Sankyo presenta más de 25 abstracts y novedades en ensayos clave con anticuerpos conjugados

GACETA MÉDICA
Madrid

Daiichi Sankyo presentó más de 25 abstracts con novedades de su investigación sobre múltiples tipos de cáncer en la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Oncología Clínica de 2026 (ASCO26) que ponen de relieve los avances de la compañía en el desarrollo de nuevos estándares de tratamiento para las personas con cáncer.

Destacan, como informa la compañía en un comunicado de prensa, nuevos datos de cinco ensayos clínicos de fase III clave en cáncer de mama y gástrico: DESTINY-Breast05, DESTINY-Breast06, DESTINY-Breast09 y DESTINY-Gastric04, con trastuzumab deruxtecán (anticuerpo conjugado o ADC dirigido a HER2), y TROPION-Breast02, con datopotamab deruxtecán (ADC dirigido a TROP2). También se pusieron de relieve resultados de ensayos de fases tempranas y estudios en curso sobre otras innovaciones que la compañía está desarrollando a través de su plataforma diseñada para acelerar el desarrollo de innovaciones terapéuticas (breakthrough generating technology o BGT).

Los datos del DESTINY-Breast05 constituyen la base de una de las dos nuevas indicaciones aprobadas en EE. UU. para determinados pacientes con cáncer de mama HER2 positivo en estadio temprano, mientras que los del DESTINY-Gastric04 se actualizaron en la ficha técnica del ADC dirigido a HER2 para ampliar su uso en Japón y China como tratamiento de segunda línea en cáncer gástrico metastásico HER2 positivo. Además, TROPION-Breast02 sirvió de base para la reciente aprobación en EE. UU. del ADC dirigido a TROP2 en pacientes con cáncer de mama triple negativo (CMTN) metastásico no candidatos a inhibidores de PD-1/PD-L1, siendo el primer ADC aprobado en CMTN este contexto.

"Las autorizaciones recibidas justo antes de ASCO para dos de nuestros principales ADCs DXd, junto con la sólida base científica que se muestra en toda nuestra cartera de productos muestran el potencial de nuestro portfolio de oncología", señaló John Tsai, director global de I+D de la compañía: "Daiichi Sankyo está comprometida con la creación de nuevos estándares de tratamiento para las personas con cáncer, por lo que sigue impulsando la innovación aprovechando su experiencia científica y tecnológica".

> **"La compañía sigue impulsando la innovación aprovechando su experiencia científica y tecnológica"**

Nuevos datos sobre el ADC anti-HER2 en otros cánceres

La compañía presentó, además, nuevos datos sobre otros tipos de cáncer, como los resultados preliminares de seguridad del ensayo de fase III DESTINY-Ovarian01, que evalúa este ADC en combinación con bevacizumab en comparación con bevacizumab en monoterapia como tratamiento de mantenimiento de primera línea en pacientes con cáncer de ovario que expresan HER2. También se dieron a conocer el análisis primario de la primera parte del ensayo de fase II DESTINY-PanTumor03, que evalúa este ADC en pacientes con tumores sólidos (excepto de mama y gástricos) HER2 positivos (IHC 3+) pretratados en China; y los resultados del fase II MYTHOS en cáncer de glándulas salivales recurrente o metastásico HER2-low.

Otras novedades a destacar en cáncer de mama y gástrico fueron los resultados de uno de los brazos del estudio de fase 1b/2 DESTINY-Breast07, que evalúa este ADC en combinación con durvalumab como tratamiento de primera línea en cáncer de mama metastásico HER2 positivo; y el análisis de seguridad del ensayo de fase 1b/2 DESTINY-Gastric03 de este ADC en combinación con quimioterapia e inmunoterapia como tratamiento de primera línea en cáncer gástrico metastásico HER2 positivo, adenocarcinoma de la unión gastroesofágica (UGE) o adenocarcinoma de esófago.

También se presentaron los resultados de la cohorte dos del ensayo de fase 1b/2 EPOC2203, que evalúa este ADC en combinación con nivolumab, capecitabina y oxaliplatino en adenocarcinoma gastroesofágico HER2-low, y un análisis exploratorio de datos traslacionales del ensayo de fase 2 EPOC2003 que evalúa este ADC en adyuvancia en combinación con quimioterapia en cáncer gástrico HER2 positivo.

Ensayos en curso en el portfolio de oncología

En ASCO también se presentó una actualización del ensayo en curso REJOICE-Ovarian01 correspondiente a la tercera parte de un ensayo de fase 2/3 que evalúa raludotatug deruxtecán (R-DXd, dirigido a CDH6) en comparación con el tratamiento de elección en cáncer de ovario resistente al platino; un análisis de exposición-respuesta y un análisis farmacocinético poblacional de los datos tanto del ensayo de fase 2/3 REJOICE-Ovarian01 como del ensayo de fase 1 que evalúa este ADC en cáncer de ovario avanzado o carcinoma de células renales.

Además, se presentaron los resultados de un ensayo de fase 1/2 de Vanflyta (quizartinib) más decitabina y venetoclax en pacientes con leucemia mieloide aguda FLT3-ITD de nuevo diagnóstico o recidivante/refractaria.

Las novedades de los ensayos en curso de los ADCs DXd incluyen el ensayo de fase II/III TROPION-Urothelial03, que evalúa el ADC anti-TROP2 y quimioterapia basada en platino en comparación con gemcitabina más quimioterapia basada en platino en carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico; el ensayo de fase III HERTHENA-Breast04, que evalúa patritumab deruxtecán (HER3-DXd) en comparación con el tratamiento de elección en cáncer de mama hormonopositivo, HER2 negativo localmente avanzado o metastásico no operable; y el ensayo observacional DESTINY-PanTumor04 que evalúa el ADC dirigido a HER2 en tumores sólidos HER2 positivos (IHC 3+).

La tecnología como punto de partida de los avances

La compañía, como expone el comunicado, está aprovechando su sólida base científica y tecnológica para desarrollar innovaciones terapéuticas que den respuesta a las necesidades no cubiertas en cáncer mediante su plataforma BGT, concebida para acelerar la llegada de la innovación y aumentar la probabilidad de éxito. Los ensayos en curso, que incluyen tres posibles nuevos medicamentos, son DS3610, un ADC de STING (estimulador de los genes del interferón), en tumores sólidos avanzados o metastásicos; DS5361, un inhibidor de la vía de degradación NMD del ARNm en pacientes con tumores sólidos avanzados o metastásicos; y DS9051, una nueva molécula de degradación proteica dirigida, en pacientes con carcinoma adrenocortical avanzado o metastásico o cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.

AstraZeneca

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

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

ES-34213-Enero de 2025

EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS

CLARISSE confirma un aumento de mujeres con cáncer de pulmón de célula pequeña

Impulsado por la ICAPEM y PharmaMar, el estudio reúne datos de más de 4.400 pacientes de toda España

GACETA MÉDICA
Madrid

El cáncer de pulmón de célula pequeña (CPCP), uno de los tumores más agresivos y de peor pronóstico, está cambiando de perfil en España. El estudio CLARISSE, promovido por ICAPEM (Asociación para la Investigación del Cáncer de Pulmón en Mujeres) y desarrollado con la colaboración de PharmaMar, ha sido presentado en el Congreso Anual de la American Society of Clinical Oncology (ASCO), celebrado entre el 29 de mayo y el 2 de junio de 2026, confirmando un incremento progresivo en la proporción de mujeres con CPCP y revelando diferencias significativas entre hombres y mujeres en el perfil clínico, la toxicidad y la supervivencia.

Un estudio nacional con más de 4.400 pacientes

El proyecto ha analizado datos de 4.428 pacientes diagnosticados entre 2019 y 2024, procedentes de 29 servicios de oncología de hospitales públicos de las 17 comunidades autónomas españolas. El cáncer de pulmón de célula pequeña representa aproximadamente el 15% de todos los diagnósticos de cáncer de pulmón y se caracteriza por su rápido crecimiento y elevada capacidad de diseminación. Cerca del 70% de los pacientes son diagnosticados en estadios avanzados.

"El estudio CLARISSE nos permite, por primera vez, disponer de una fotografía actualizada del cáncer de pulmón de célula pequeña en España", explica Pilar Garrido, jefa del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal e investigadora principal del estudio.

En ese sentido también Beatriz De Rivas Otero, Global Senior Manager Medical Affairs de PharmaMar, comenta: "A pesar de los avances en el tratamiento de los últimos años, el cáncer de pulmón de célula pequeña sigue teniendo un pronóstico limitado, por lo que disponer de datos en vida real como los de CLARISSE es fundamental para identificar áreas de mejora y seguir avanzando en el abordaje de esta enfermedad."

Aumento de los casos en mujeres

Entre los principales hallazgos del estudio destaca el incremento progresivo del porcentaje de mujeres diagnosticadas con este tumor, que pasó del 28,5% en 2019 al 37,1% en 2024. Además, las mujeres fueron diagnosticadas a edades más tempranas que los hombres (64,5 frente a 67,9 años de media) y presentaron perfiles clínicos y de toxicidad diferentes.

"Los resultados reflejan un cambio en el perfil de los pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas. También ponen de manifiesto el valor de los estudios de vida real en nuestro entorno para comprender mejor la enfermedad y avanzar hacia una atención más precisa y adaptada a las necesidades de cada paciente", añade Garrido.

A pesar de los avances terapéuticos, el pronóstico de la enfermedad continúa siendo muy limitado. La mediana de supervivencia se situó en 9,1 meses. No obstante, el estudio identificó diferencias relevantes también en supervivencia: las mujeres presentaron una mediana de supervivencia superior a la de los hombres (10,8 frente a 8,3 meses). El análisis también detectó un perfil de efectos adversos asociados al tratamiento en mujeres diferentes en función del sexo, así como una mayor necesidad de hospitalización relacionada con toxicidades en las mujeres.

> **"El estudio permite, por primera vez, disponer de una fotografía actualizada del CPCP en España"**

> **"El aumento del cáncer de pulmón de célula pequeña en mujeres es un importante reto de salud pública"**

El tabaquismo continúa siendo el principal factor de riesgo

Los datos del estudio muestran que el tabaquismo continúa siendo el principal factor de riesgo asociado a este tumor. El 67,4% de las mujeres incluidas en el análisis eran fumadoras activas en el momento del diagnóstico, frente al 55,5% de los hombres. Por el contrario, el porcentaje de exfumadores fue mayor en hombres, un dato que las investigadoras relacionan con la evolución de los hábitos de consumo de tabaco en ambos sexos durante las últimas décadas.

Los resultados refuerzan la hipótesis de que el aumento del tabaquismo femenino en generaciones previas está teniendo un impacto directo en la incidencia actual del cáncer de pulmón de célula pequeña.

ICAPEM reclama incorporar la perspectiva de género

Para Dolores Isla, presidenta de ICAPEM y jefa de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, los resultados del estudio ponen de relieve la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el abordaje del cáncer de pulmón: "A través del estudio CLARISSE se demuestra que existen diferencias clínicas, biológicas y sociales que deben ser consideradas para avanzar hacia una oncología más personalizada y equitativa". Además, añade que "el aumento del cáncer de pulmón de célula pequeña en mujeres representa un importante reto de salud pública y pone de relieve la necesidad de reforzar la prevención, el abandono del tabaquismo, la investigación y el diagnóstico precoz".

Próximos pasos del proyecto

Con el impulso de ICAPEM y la colaboración de PharmaMar, el estudio CLARISSE continuará ampliando el análisis de datos clínicos y resultados en vida real con el objetivo de profundizar en las diferencias de sexo (y su posible interacción con factores de género) en cáncer de pulmón de célula pequeña y generar evidencia que contribuya a mejorar la atención de los pacientes.

Sus resultados serán presentados también en próximos encuentros científicos internacionales como ESMO y SEOM.

25ª edición

Premios Fundamed 2026

Especial

Reportaje Fotográfico: Jon Imanol Reino.

25ª edición Premios Fundamed 2026

Premios Fundamed: 25 años reconociendo “la excelencia y la innovación del sector farmacéutico”

La entrega de estos galardones vuelve a premiar el trabajo y la labor de los actores más destacados que conforman el sector

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

La excelencia, la innovación y el compromiso con la salud fueron los ejes que marcaron el discurso y los principales mensajes de la 25ª edición de los Premios Fundamed 2026. La cita con el reconocimiento a la grandeza del sector volvió a congregar a los mejores del sector sanitario un año más como parte de una gala en la que Johnson & Johnson se alzó con el premio a la ‘Compañía del Año’, GSK con el de I+D+i y Winrevair (MSD), como ‘Medicamento del año’. El premio a la ‘Figura Pública Sanitaria’ recayó, por su parte, en el Plan de Preparación y Respuesta frente a Emergencias de la Comunidad de Madrid, recogido por la consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute.

Durante la gala, Matute puso en valor el reconocimiento que otorgan los Premios Fundamed, que “son un verdadero motor para nuestro sistema sanitario al reconocer a personas que nos dan su compromiso y comparten el conocimiento con otras generaciones para ser incluso mejores que ellos”. En este sentido, subrayó que “estos galardones no solo celebran lo que ya se ha conseguido, sino que nos recuerdan lo que nos queda por conseguir”. Al mismo tiempo, destacó su componente humano, admitiendo que “entienden de personas, de vidas y de pacientes que nos miran con la esperanza de que les vamos a dar una solución”.

Matute recordó también la capacidad de respuesta del sistema sanitario ante situaciones complejas. “Hemos asistido a muchas eventualidades, pero hemos gestionado muy bien la incertidumbre”, admitió. Durante su intervención, también agradeció a los profesionales de la sanidad pública y privada de la Comunidad de Madrid, “que necesita de sociedades científicas, de asociaciones de pacientes, de la industria farmacéutica y de la tecnología”. “Gracias a eso, en nuestra región estamos liderando la Sanidad del futuro, donde todos somos importantes”, afirmó. Entre los principales retos, señaló la necesidad de cambiar el enfoque del discurso para “hablar más de salud que de enfermedad”.

La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid puso el foco en la importancia de la colaboración. “El trabajo en equipo es importante”, expresó, antes de destacar que “todas las CCAA nos hemos unido para compartir algo muy especial: la defensa de nuestro sistema de salud”.

Asistentes a la 25ª edición de los Premios Fundamed 2026.

> **“Estos galardones reconocen a personas que se comprometen y comparten el conocimiento con otras generaciones para ser incluso mejores que ellos”**

Por su parte, Santiago de Quiroga, presidente editor de Wecare-u Comunicación y presidente de Fundamed, enfatizó que “celebramos 25 años reconociendo la excelencia, la innovación y el compromiso con la salud”. Para De Quiroga, “estos premios son también un reflejo de algo que caracteriza al sistema sanitario: su capacidad para integrar conocimientos, experiencias y responsabilidades muy diversas en torno al objetivo común de mejorar la vida de las personas”. A continuación, tuvo presente que “España es hoy una referencia internacional en investigación clínica y sabemos desde hace años que los centros que investigan suelen ofrecer una asistencia de mayor calidad”. De Quiroga consideró que “investigar no es una actividad ajena a la asistencia sanitaria, sino que es una forma de mejorarla”. Por este motivo, sostuvo que estos galardones “reconocen a las compañías y organizaciones que apuestan por la investigación, porque contribuyen a transformar el conocimiento científico en nuevos tratamientos, nuevas soluciones y mejores oportunidades para los pacientes”.

No obstante, De Quiroga subrayó que “la mejora de la salud no depende únicamente de la investigación o de la innovación terapéutica, sino que también depende de nuestra capacidad para informar, sensibilizar y promover cambios positivos en la sociedad”.

Durante la entrega se concedieron tres de las categorías más especiales y emblemáticas de cada edición: las que reconocen a profesionales de reconocido prestigio en Farmacia, Industria y Medicina. En esta ocasión, recayeron, respectivamente, en Eduardo Pastor, presidente de Cofares; Fina Lladós, directora general de Amgen Iberia y presidenta de Farmaindustria; y Carmen Ayuso García, jefa del departamento de genética médica de la Fundación Jiménez Díaz y directora científica del IIS-FJD.

En la ceremonia también se reconoció el ‘Impulso al Talento Femenino’ (BeOne Medicines), la ‘Mejor Iniciativa Sanitaria’ (‘No Es Normal Tour’, de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)), la ‘Mejor Campaña Socio-Sanitaria’ (‘El Viaje de Nica’, del Hospital Sant Joan de Déu, la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y Alexion), la ‘Mejor Compañía en Producción y Fabricación’ (Lilly) y el premio a ‘Fundaciones, instituciones y grupos de investigación’ (Grupo Español de Mieloma, GEM).

Presencia de autoridades

A la gala asistieron destacadas autoridades y personalidades del ámbito sanitario, entre ellas Matute y Laura Gutiérrez Barreno, viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

También estuvieron presentes representantes del Congreso de los Diputados, como Rafael Belmonte, secretario segundo de la Comisión de Sanidad, y Elvira Velasco, portavoz del Grupo Parlamentario Popular en la Comisión de Sanidad.

En el ámbito del Senado, acudió Kilian Sánchez, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión de Sanidad y secretario de Sanidad del PSOE, junto con representantes autonómicos como Elena Andradas, directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; Inmaculada Ibáñez, directora general de Investigación y Docencia de la Comunidad de Madrid, y Pilar Jimeno Alcalde, directora general de Inspección y Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Por su parte, Francisco González Aguado, subdirector de la Oficina Técnica del Comisionado para la Transición del Modelo de Salud Mental, completó la representación institucional.

25ª edición Premios Fundamed 2026

Matute: “Los Premios Fundamed son un verdadero motor para nuestro sistema sanitario”

La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid reivindica los galardones como punto de encuentro de todo el sector

JAVIER ALBERCA
Madrid

La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute, defendió el papel de los Premios Fundamed como punto de encuentro del ecosistema sanitario y como reconocimiento al talento de profesionales, pacientes, sociedades científicas, industria, tecnología y comunicación. “Esto es un verdadero motor para nuestro sistema sanitario”, afirmó durante la clausura de la edición de 2026.

Matute subrayó que Madrid está “liderando la sanidad del futuro” gracias a una “sanidad en mayúsculas, pública y privada”, que definió como una “sanidad mestiza” en la que todos los agentes son necesarios. En este sentido, destacó la importancia de trabajar junto a las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes, la industria farmacéutica y tecnológica y los profesionales sanitarios y no sanitarios.

La consejera centró parte de su intervención en la necesidad de “hablar más de salud que de enfermedad” ante el envejecimiento de la población y el aumento demográfico. También puso en valor el plan madrileño de preparación y respuesta ante amenazas sanitarias, que, según aseguró, convierte a Madrid en la única comunidad autónoma que cumple una normativa europea en esta materia.

Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

“Estamos preparados”, señaló Matute.

La consejera advirtió además de que las zoonosis son una de las grandes amenazas de futuro, especialmente las que pueden transmitirse por el aire, y defendió la apuesta de Madrid por la prevención, la vacunación y la salud pública. “Los preventivistas sois nuestros ángeles de la guarda”, afirmó, al reconocer el “trabajo callado” de quienes detectan riesgos antes de que lleguen a la población.

> **“La verdadera grandeza de la sanidad no está solo en lo que se cura, sino en lo que une”**

La titular madrileña de Sanidad reivindicó también la colaboración entre administraciones y destacó que todas las comunidades autónomas se hayan unido “por encima de cualquier diferencia” para defender el Sistema Nacional de Salud, al que calificó como “nuestro mayor tesoro”. “La medicina se centra en personas”, recordó, antes de insistir en la defensa de pacientes y profesionales.

En el tramo final de su discurso, Matute agradeció a Fundamed y a Wecare-u el impulso de unos premios que, a su juicio, “no solo celebran lo que ya se ha conseguido”, sino que recuerdan “lo que queda por conseguir”. La consejera apeló a seguir trabajando juntos para “liderar la sanidad del futuro” desde Madrid.

“La verdadera grandeza de la sanidad no está solo en lo que se cura, sino en lo que une”, concluyó Matute, que también tuvo palabras de reconocimiento para los profesionales de la comunicación sanitaria. “Si cuentan bien las cosas, pueden salvar vidas”, afirmó.

De Quiroga: “La apuesta por la innovación transforma el conocimiento científico en mejores oportunidades para los pacientes”

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

La 25ª edición de los Premios Fundamed 2026, los galardones de referencia en el sector farmacéutico español, puso el foco en el valor de la investigación como motor de mejora del sistema sanitario. Durante la inauguración de la gala, el presidente de Fundamed y presidente editor de Wecare-u Comunicación, Santiago de Quiroga, destacó el papel que desempeñan la investigación, la comunicación sanitaria y las políticas públicas en la mejora de la salud de los ciudadanos.

“Celebramos 25 años reconociendo la excelencia, la innovación y el compromiso con la salud”, señaló De Quiroga al inicio de su intervención. El presidente de Fundamed subrayó que estos galardones son también “un reflejo de algo que caracteriza al sistema sanitario: su capacidad para integrar conocimientos, experiencias y responsabilidades muy diversas en torno a un objetivo común: mejorar la vida de las personas”. En este sentido, puso el foco en la investigación como uno de los principales pilares de ese esfuerzo colectivo: “España es hoy una referencia internacional en investigación clínica”.

Por ello, explicó que los Premios Fundamed reconocen a “las compañías y organizaciones que apuestan por la investigación, porque contribuyen a transformar el conocimiento científico en nuevos tratamientos, nuevas soluciones y mejores oportunidades para los pacientes”. De Quiroga destacó la interrelación existente entre investigación, comunicación y políticas públicas: “Todos forman parte de un mismo ecosistema y todos contribuyen, desde su responsabilidad, a mejorar la vida de las personas. Eso es precisamente lo que estos premios reconocen desde hace 25 años: talento, compromiso, innovación y servicio a la sanidad”.

> **“Las compañías que apuestan por la investigación transforman el conocimiento en nuevas oportunidades y tratamientos”**

Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed.

Premio Trayectoria Profesional

TRAYECTORIA EN FARMACIA

Eduardo Pastor (Cofares): “Es necesario tener unos valores para que la gente crea en ti”

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

Eduardo Pastor, presidente de Cofares, fue reconocido con el Premio Fundamed 2026 por su Trayectoria Profesional en Farmacia. El máximo dirigente de la cooperativa farmacéutica recibió esta distinción por una trayectoria estrechamente ligada al desarrollo de la distribución farmacéutica española.

Tras recoger el galardón de manos de Carmen Peña, presidenta honoraria de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), expresidenta del CGCOF y consejera de Cofares, Pastor agradeció el reconocimiento y realizó un repaso a una trayectoria de dos décadas vinculada a la cooperativa farmacéutica.

El premio le llevó a reflexionar sobre el camino recorrido desde sus años como estudiante en la Universidad Complutense hasta su llegada a la presidencia de Cofares: “He llegado aquí, confieso que con algo de suerte, pero sobre todo con mucho trabajo. Hay que tener unos valores para que la gente crea en ti”, señaló. Durante su intervención, quiso dedicar el reconocimiento a sus padres, ambos farmacéuticos y ya fallecidos, a quienes atribuyó gran parte de los principios que han guiado su carrera: “Se lo quiero dedicar a mis padres. Me transmitieron unos valores que me han acompañado durante toda mi vida profesional”.

Eduardo Pastor, presidente de Cofares.

“Dedico este premio a mis padres, que me transmitieron unos valores que me han acompañado durante mi vida profesional”

Carmen Ayuso, jefa de Genética de la Fundación Jiménez Díaz y directora del IIS-FJD.

TRAYECTORIA EN MEDICINA

Carmen Ayuso: “Los pacientes son la parte más importante de todo nuestro trabajo”

MARCOS YEBRA
Madrid

Carmen Ayuso, jefa de Genética de la Fundación Jiménez Díaz y directora del IIS-FJD, recibió el premio a la Mejor Trayectoria Profesional en Medicina.

“La investigación biomédica es una tarea apasionante capaz de dar sentido a toda una vida profesional”

El galardón reconoce su papel clave en consolidar la genética clínica y la medicina personalizada como herramientas esenciales del sistema sanitario.

Como experta en enfermedades raras, Ayuso ha liderado el desarrollo de protocolos de diagnóstico temprano y tratamientos precisos, mejorando la atención de miles de pacientes.

Tras recibir el galardón de manos de Ángel Gil, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos y miembro del Comité Científico de Fundamed, Ayuso definió la genómica como una “tarea colectiva” y situó a los pacientes y sus familias como el motor de su esfuerzo diario: “Son la parte más importante, los protagonistas de mi trabajo”.

Subrayó que “la investigación biomédica es una tarea apasionante, capaz de dar todo el sentido a una vida profesional, y tiene una recompensa intrínseca, la posibilidad de buscar respuestas, generar conocimiento y, sobre todo, de volver ese conocimiento a la sociedad”.

EJECUTIVA DEL AÑO

Fina Lladós (Amgen): “Sin curiosidad no hay evolución, innovación ni crecimiento”

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

Fina Lladós, directora general de Amgen para España y Portugal y presidenta de Farmaindustria, fue reconocida como Ejecutiva del Año en los Premios Fundamed 2026. Este galardón reconoce su liderazgo y su contribución al desarrollo del sector farmacéutico en España. Tras recogerlo de manos de Roberto Urbez, exvicepresidente de Farmaindustria y expresidente de la Asociación de Compañías Farmacéuticas Americanas (LAWG), Lladós expresó su emoción, destacando que “lo recibo con honor, pero también con humildad, porque, si algo he aprendido a lo largo de mi trayectoria profesional, es que ningún éxito es individual”.

Para ella, “es necesario mantener la mente abierta para escuchar a quienes piensan diferente”. A su vez, defendió que “sin curiosidad no hay evolución, innovación ni crecimiento”. Como presidenta y directora general de Amgen Iberia, ha impulsado la innovación biomédica y el acceso a los medicamentos. Asimismo, durante su etapa al frente de Farmaindustria ha desempeñado un papel destacado en el fortalecimiento del diálogo institucional y en la puesta en valor de la contribución de la industria farmacéutica al sistema.

Fina Lladós, directora general de Amgen para España y Portugal y presidenta de Farmaindustria.

“Si algo he aprendido a lo largo de mi trayectoria es que ningún éxito es individual”

Impulso del Talento Femenino

Talento Femenino: BeOne Medicines, reconocida en la 25ª edición por impulsar una cultura de igualdad

El galardón destaca el compromiso de BeOne Medines con la igualdad de oportunidades y el desarrollo del liderazgo femenino

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

BeOne Medicines fue distinguida con el Premio Fundamed 2026 al Impulso del Talento Femenino, un reconocimiento que pone en valor el compromiso de la compañía con la promoción del liderazgo de las mujeres y el desarrollo de una cultura organizativa basada en la diversidad, la igualdad de oportunidades y el crecimiento profesional.

La compañía recibió este galardón en el marco de la 25ª edición de los Premios Fundamed por las iniciativas y políticas impulsadas para favorecer el acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad, potenciar su desarrollo profesional y consolidar entornos laborales más inclusivos dentro del sector sanitario.

Tras recoger el premio de manos de la viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Laura Gutiérrez Barreno, la directora general de BeOne Medicines para España y Portugal, Cristina García Medinilla, agradeció el reconocimiento y destacó que la distinción trasciende los resultados empresariales para poner el foco en los valores que definen a una organización. “Hay premios que reconocen lo que las compañías hacen y hay premios que reconocen en lo que creen las compañías”, afirmó.

Durante su intervención, García Medinilla subrayó que el impulso del talento femenino forma parte de la identidad de BeOne Medicines y recordó algunos de los indicadores que reflejan ese compromiso. “Somos una compañía de reciente creación en España, mayoritariamente formada por mujeres. El 64% de nuestro comité de dirección son mujeres y más del 60% de las promociones realizadas en 2025 correspondieron a mujeres”, señaló. En este sentido, defendió que la filosofía de la compañía se resume en una idea que aplican tanto a su actividad como a la gestión de las personas: “El cáncer no tiene barreras y nosotros tampoco”.

Cristina García Medinilla (BeOne Medicines) y Laura Gutiérrez Barreno (Comunidad de Madrid).

> **“El talento no tiene género y las capacidades no entienden de mujeres ni de hombres”**

Cristina García Medinilla, directora general de BeOne Medicines para España y Portugal.

La directiva aseguró que la convicción que hoy reconoce Fundamed parte de una premisa clara: “El talento no tiene género y las capacidades no entienden de mujeres ni de hombres”. Asimismo, reivindicó una visión del liderazgo basada en la responsabilidad, el servicio y el desarrollo de los equipos. “La diversidad es una cuestión de excelencia, porque los mejores equipos son los que tienen en cuenta diferentes opiniones y las mejores decisiones son las que se toman teniendo en cuenta la experiencia de otros”, apuntó.

En este contexto, repasó algunas de las iniciativas impulsadas por la compañía para favorecer la igualdad de oportunidades, entre ellas la revisión de los procesos de selección y promoción interna mediante criterios objetivos, la garantía de diversidad entre los candidatos finales y los paneles de evaluación, así como programas de coaching, mentoring y rotación entre departamentos para impulsar el desarrollo profesional.

García Medinilla también puso en valor las medidas de conciliación y flexibilidad laboral implantadas por BeOne Medicines. Según explicó, la compañía ha ampliado permisos más allá de las exigencias legales y ha apostado por modelos de trabajo flexibles entendidos como una herramienta de igualdad. “En BeOne Medicines una profesional no necesita reducir sus aspiraciones para mantener un equilibrio personal. Puede liderar, crecer y promocionar sin que ello dependa de vivir en una ciudad determinada o acudir un número concreto de días a la oficina”, destacó.

Para concluir, lanzó un llamamiento a los responsables de organizaciones y empresas para seguir avanzando hacia entornos laborales más equitativos. “Espero que llegue el día en que dejemos de necesitar la expresión liderazgo femenino y simplemente hablemos de liderazgo”, afirmó. Mientras tanto, animó al sector sanitario a continuar trabajando para garantizar que todos los profesionales dispongan de las mismas oportunidades de crecimiento y desarrollo. “El talento está distribuido de forma universal y nuestra responsabilidad es que las oportunidades también lo estén”, concluyó.

Talento femenino en la sanidad

El Premio Fundamed al Impulso del Talento Femenino reconoce a aquellas organizaciones que han implantado políticas efectivas o programas innovadores destinados a favorecer el acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad, promover su desarrollo profesional y avanzar hacia una igualdad real de oportunidades dentro de sus estructuras organizativas.

Esta distinción se enmarca en Mujeres de la Sanidad, una iniciativa impulsada por Fundamed que tiene como objetivo fomentar el talento femenino en el ámbito sanitario y contribuir a reducir la brecha existente en determinados espacios de liderazgo y toma de decisiones. En esta edición, el jurado ha reconocido el compromiso de BeOne Medicines con la promoción del talento femenino y la construcción de una cultura corporativa que apuesta por la diversidad y el liderazgo inclusivo como elementos clave para el desarrollo de las organizaciones. A través de sus iniciativas, la compañía ha contribuido a generar oportunidades de crecimiento profesional para las mujeres.

Premio Figura Pública Sanitaria

Los Fundamed destacan “el avance estratégico” que supone el Plan de Preparación y Respuesta de Madrid

La iniciativa galardonada, pionera en España, busca fortalecer la resiliencia del sistema sanitario ante futuras crisis sanitarias

JAVIER ALBERCA
Madrid

El Plan de Preparación y Respuesta frente a Emergencias de Salud Pública de la Comunidad de Madrid fue distinguido con el Premio Fundamed 2026 a la Figura Pública Sanitaria, que reconoce iniciativas y actuaciones con impacto en la mejora de la sanidad, la salud pública y la calidad de vida de los ciudadanos. Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed y presidente editor de Wecare-u Comunicación, y Ángel Gil, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos y miembro del Comité Científico de Fundamed, fueron los encargados de entregar el galardón recogido por Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Al recoger el premio, Matute defendió que el plan nace de la experiencia acumulada en crisis recientes y de la necesidad de anticiparse a futuras amenazas. “Hemos asistido a tantas eventualidades, pero gestionamos muy bien la incertidumbre”, señaló, en referencia a la COVID-19, Filomena o el apagón. La consejera explicó que ese aprendizaje ha permitido a la región “prepararnos para poder responder de forma ejecutiva” y destacó que el documento se apoya en “una estructura clara de gobernanza” para detectar riesgos “presentes y futuros”.

Según la valoración realizada por el jurado, el plan representa “un avance estratégico” en la capacidad del sistema sanitario para anticipar, detectar y responder ante amenazas sanitarias complejas. La iniciativa establece una estructura de gobernanza, vigilancia y coordinación destinada a fortalecer la resiliencia del sistema frente a riesgos biológicos, químicos o ambientales.

El reconocimiento destaca además el carácter pionero del proyecto. El plan madrileño, que Matute puso a disposición de otras CCAA que tengan que elaborarlo próximamente, se convirtió en el primer documento autonómico que responde a las exigencias europeas en materia de preparación frente a amenazas transfronterizas graves para la salud y se adelanta al futuro desarrollo del marco normativo estatal en este ámbito.

La candidatura se impuso a otras dos iniciativas finalistas: el Anteproyecto de Ley de Organizaciones de Pacientes y el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 impulsado por el Ministerio de Sanidad.

Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Ángel Gil (URJC), Fátima Matute (Comunidad de Madrid) y Santiago de Quiroga (Fundamed).

Durante su intervención, la consejera subrayó que el plan fue posible gracias a la colaboración con sociedades científicas y con los distintos niveles asistenciales. Matute citó expresamente a los hospitales terciarios, Atención Primaria y SUMMA 112, y puso en valor el papel de los profesionales de salud pública: “Los preventivistas sois nuestros ángeles de la guarda”, afirmó, al destacar el “trabajo callado” de quienes detectan amenazas antes de que lleguen a la población. También situó las zoonosis entre las grandes preocupaciones de futuro y defendió la apuesta de Madrid por la prevención, la vacunación y la inversión en salud pública para “ganar en salud” y evitar enfermedad.

> **“Los preventivistas sois nuestros ángeles de la guarda”**

El jurado de los Premios Fundamed 2026 está integrado por representantes de organizaciones profesionales, sociedades científicas, expertos en investigación y farmacología, organizaciones de pacientes, compañías farmacéuticas y otras entidades sanitarias de referencia. El proceso de votación contempla mecanismos específicos para garantizar la objetividad, independencia y transparencia de las deliberaciones.

Finalistas

Figura Pública

Anteproyecto de Ley de Organizaciones de Pacientes

MINISTERIO DE SANIDAD

Comisionado de Salud Mental

Plan de Acción para la Prevención del Suicidio2025-2027

JUNTOS,
SUMAMOS+
PARA MEJORAR LA SALUD
DE TUS PACIENTES.
cinfa
Nos mueve la vida

Premio Compañía del año

Johnson & Johnson, compañía del año: “Vivimos una etapa dorada de la innovación biomédica”

David Beas destaca que “han alcanzado un hito en 2025”, refiriéndose al número de expedientes financiados en España

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

Santiago de Quiroga (Fundamed), David Beas (Johnson & Johnson) y Arturo Fernández-Cruz (Fundamed).

El Premio a la Mejor Compañía del Año fue el galardón que puso el broche de oro a la 25ª edición de los Premios Fundamed 2026. Este año, Johnson & Johnson se alzó con este reconocimiento por su apuesta por la innovación como motor de progreso social y económico.

La compañía, con presencia en España desde 1984, mantiene un sólido modelo de I+D+i basado en investigación básica, desarrollo clínico y acceso a terapias innovadoras, con foco en áreas de alta complejidad como oncología, hematología, inmunología, neurociencias y enfermedades cardiopulmonares.

David Beas, director de Government Affairs y Market Access de Johnson & Johnson Innovative Medicine, recogió el premio de la mano de Arturo Fernández Cruz, presidente de la Fundación Fernández-Cruz y presidente del Comité Científico de Fundamed, y Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed y presidente editor de Wecare-u Comunicación. Durante su discurso, Beas destacó que “es un honor poder recoger este premio en nombre de todos los empleados de Johnson & Johnson”. “Ser reconocidos como la Mejor Compañía del Año nos llena de orgullo y gratitud, pero también de una gran responsabilidad”, reconoció.

“Nos alegra que se haya reconocido nuestro compromiso y liderazgo en investigación clínica y básica, pero, en particular, nos enorgullece haber alcanzado en 2025, en colaboración con las autoridades sanitarias, un hito sin precedentes”, detalló Beas, refiriéndose al número de expedientes financiados en España tras aprobación regulatoria europea. En particular, son más de una decena de nuevos medicamentos o nuevas indicaciones que, según destacó, “están ayudando a miles de pacientes a convivir con enfermedades tan complejas como el mieloma múltiple, el cáncer de vejiga o el cáncer de pulmón”.

A continuación, quiso compartir el reconocimiento “con profesionales sanitarios, investigadores, autoridades sanitarias, instituciones y pacientes, que son quienes nos dan sentido a cada paso que damos”. Del mismo modo, también se acordó del resto de compañías farmacéuticas “por su labor incansable en el desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas en beneficio de todos”. En su intervención, subrayó que “estamos viviendo una etapa dorada en cuanto al desarrollo de la innovación biomédica” y que “gracias a las nuevas moléculas, la inmunoterapia, la medicina de precisión o las terapias avanzadas estamos siendo capaces de cronificar enfermedades que, hasta hace relativamente poco, eran mortales, así como de mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades incapacitantes”.

Seguidamente, aludió a los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para mencionar que “hace 50 años, la expectativa de vida en España era de 73 años, mientras que hoy es de 83 años”. “Lo interesante es que el 73% del peso específico de ese crecimiento ha sido como consecuencia de la incorporación de la innovación biomédica”, reiteró. Sin embargo, matizó que

> **“Gracias a las nuevas moléculas estamos siendo capaces de cronificar enfermedades que eran mortales”**

“el valor de la innovación biomédica no debe evaluarse únicamente desde la perspectiva de los resultados en salud, sino también teniendo en cuenta el beneficio clínico que aporta a los propios sistemas nacionales de salud”. En este sentido, señaló que “algunos estudios estiman que por cada euro invertido en innovación biomédica se genera un retorno de entre dos y siete euros, en función del grado de innovación”.

David Beas, director de Government Affairs y Market Access de Johnson & Johnson Innovative Medicine.

Papel estratégico de España

España desempeña un papel estratégico dentro de la red global de innovación biomédica de Johnson & Johnson. Uno de los pilares de esta actividad es el Centro de Investigación Básica en Química Médica de Toledo, creado en 1985 y considerado uno de los cuatro centros globales de Small Molecule Drug Discovery de Johnson & Johnson. El centro cuenta con 40 investigadores altamente cualificados, más de 1.000 metros cuadrados de instalaciones y ha contribuido a sintetizar más de 135.000 moléculas, publicar más de 150 patentes internacionales y más de 220 artículos científicos, además de impulsar 25 productos hacia fases de desarrollo clínico.

Por otro lado, la actividad investigadora de la compañía en España incluye actualmente 148 ensayos clínicos activos y más de 4.500 pacientes incluidos en investigación clínica, en colaboración con más de 100 hospitales y 300 investigadores.

El pasado año 2025, la compañía logró además el reembolso de 12 nuevos productos o indicaciones en España, acelerando significativamente el acceso de los pacientes a terapias innovadoras y situando el tiempo medio de acceso en 395 días, frente a los 616 días de media nacional.

GSK
Juntos
Hacia
Adelante
Juntos, unimos ciencia,
tecnología y talento para
adelantarnos a la enfermedad.
gsk.es

Premio Medicamento del año

Winrevair, medicamento del año: “La innovación puede cambiar el rumbo de las enfermedades graves”

Joaquín Mateos (MSD) defiende que “va a mejorar la vida de las personas con HAP y la historia natural de la enfermedad”

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

Fátima Matute (Comunidad de Madrid), Joaquín Mateos (MSD) y Romina del Río (Wecare-U).

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una de las cinco formas de hipertensión pulmonar reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de una enfermedad rara y progresiva que afecta a los vasos sanguíneos de los pulmones. En particular, el estrechamiento de estas arterias eleva la presión interna, obligando al corazón a bombear con más fuerza. Sin embargo, con el tiempo, este esfuerzo constante puede debilitar el músculo cardíaco y provocar su fallo. Se estima que alrededor de 30.000 personas en la Unión Europea viven con HAP, una enfermedad con una tasa de mortalidad a cinco años del 43% entre los pacientes diagnosticados. Además, tiene un fuerte impacto en la calidad de vida, ya que el 56% de los pacientes considera que la enfermedad afecta de manera muy significativa su vida cotidiana.

La 25ª edición de los Premios Fundamed 2026 reconoció el valor que aporta Winrevair (sotatercept, MSD) otorgándole el galardón de Medicamento del Año. El fármaco, que recibió luz verde por parte de la FDA, del CHMP y de la Comisión Europea en 2024, está indicado en España para el tratamiento de la HAP en pacientes adultos en clase funcional II a IV de la OMS, en combinación con otros tratamientos. El premio lo recibió Joaquín Mateos, director médico de MSD, de manos de Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y Romina del Río, directora de Relaciones Institucionales y Transformación Digital de Wecare-U.

En su discurso, Mateos agradeció a los miembros del jurado de Fundamed que “han decidido distinguir a nuestro medicamento Winrevair como Medicamento del Año”. A continuación, admitió que “este galardón reconoce la innovación, pero también nos recuerda nuestro propósito: somos una compañía que desde hace ya más de 130 años nos dedicamos a investigar y a desarrollar medicamentos innovadores que mejoren la calidad de vida de las personas”. Asimismo, sostuvo que “la innovación puede cambiar el rumbo de enfermedades graves, como la HAP, que afecta fundamentalmente a mujeres en edad media de la vida”. “Creemos que Winrevair va a mejorar la vida estas personas y la historia natural de esta enfermedad”, dijo.

Joaquín Mateos, director médico de MSD.

> **“Nos dedicamos a investigar y a desarrollar terapias innovadoras”**

La terapia supone un cambio de paradigma en el manejo de la enfermedad, ya que es el primer fármaco aprobado que inhibe la señalización de la activina. Su mecanismo de acción se basa en restaurar el equilibrio entre las señales pro y antiproliferativas, modulando así la proliferación celular anómala que caracteriza la enfermedad. Por su parte, actúa directamente sobre las causas de la enfermedad, ofreciendo beneficios más allá de la terapia de base.

Por su parte, su aprobación se basa en los resultados del ensayo clínico de Fase III STELLAR, en el que se comparó su eficacia frente a placebo en pacientes adultos con HAP en clase funcional II o III. La ampliación de su indicación se sustenta en el ensayo clínico de Fase III ZENITH. El criterio principal de eficacia fue el cambio en la distancia recorrida en seis minutos tras 24 semanas, observándose una mejora significativa de 40,8 metros en el grupo tratado con sotatercept respecto al placebo (p<0,001). Además, el tratamiento demostró reducir en un 82% el riesgo de muerte o empeoramiento clínico en comparación con el placebo, incluyendo eventos como hospitalización por HAP, inclusión en lista de trasplante o muerte.

Candidatos

Medicamento del año

Finalista

Enhertu®
(trastuzumab deruxtecán)
Daiichi-Sankyo AstraZeneca

Imfinzi®
(durvalumab)
AstraZeneca

Omjjara®
(momelotinib)
GSK

Rezdiffra®
(resmetirom)
Madrigal

Tevimbra®
(tislelizumab)
BeOne

Trixeo Aerospher®
AstraZeneca

Wainzua®
(eplontersén)
AstraZeneca

En Johnson & Johnson tenemos un compromiso: transformar el futuro de la medicina, redefiniendo el cuidado de la salud.

Cada día nos mueve el propósito de impulsar innovaciones capaces de ir más allá de lo que hoy es posible.

Investigamos y desarrollamos terapias que permiten tratar las enfermedades de manera cada vez más precisa, con la curación funcional como meta.

Porque creemos en el poder de la ciencia para cambiar vidas, unimos lo mejor de health&care: Innovación médica con las personas en el centro.

Johnson&Johnson
The Health&Care Company

CP-584446 · Junio 2026 · Janssen-Cilag, S.A.

Felicidades a los ganadores de los Premios Fundamed 2026

Premio a la Compañía Farmacéutica del Año

JOHNSON& JOHNSON

David Beas, director de Government Affairs y Market Access de Johnson & Johnson Innovative Medicine.

Johnson&Johnson

Premio de Investigación, Desarrollo e Innovación

GSK

David Barros-Aguirre, responsable de I+D en Salud Global de GSK en España.

GSK

Medicamento del Año

WINREVAIR®

Joaquín Mateos, director médico de MSD.

MSD

Premio a la Mejor Campaña Socio-Sanitaria

"El Viaje de Nica"

Ana Crespo, directora de comunicación de Alexion.

SJD Sant Joan de Déu Barcelona · Hospital

feder

ALEXION AstraZeneca Rare Disease

Premio de Producción y Fabricación

LILLY

Julio Gay-Ger, presidente de Lilly España, Portugal y Grecia.

Lilly

—1. Juan José Lahuerta, miembro del Board del Grupo Español de Mieloma. **—2. David Barros Aguirre**, responsable de I+D en Salud Global de GSK España. **—3. Santiago de Quiroga**, presidente de Fundamed. **—4. Cristina García Medinilla**, directora general de BeOne Medicines para España y Portugal. **—5. Arturo Fernández-Cruz**, presidente de la Fundación Fernández-Cruz y del Comité Científico de Fundamed. **—6. Fina Lladós**, directora general de Amgen para España y Portugal y presidenta de Farmaindustria. **—7. Ángel Herráiz**, enfermero itinerante de 'No es normal tour'. **—8. Inmaculada Ibáñez**, directora general de Investigación y Docencia de la Comunidad de Madrid. **—9. Pilar Jimeno**, directora general de Inspección y Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. **—10. Cristina Encinas**, miembro del Grupo Español de Mieloma. **—11. Ana Crespo**, directora de Comunicación de Alexion. **—12. Eduardo Pastor**, presidente de Cofares. **—13. Ángel Gil**, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos y miembro del Comité Científico de Fundamed. **—14. Romina del Río**, directora de Relaciones Institucionales y Tranformación Digital de Wecare-U. **—15. Fátima Matute**, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid. **—16. Elena Andradas**, directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. **—17. Julio Gay-Ger**, presidente de Lilly España, Portugal y Grecia. **—18. Laura Gutiérrez Barreno**, viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid. **—19. David Beas**, director de Government Affairs y Market Access de Johnson & Johnson Innovative Medicine. **—20. Joaquín Mateos**, director médico de MSD. **—21. Enrique Delgado Sanz**, director de El GlobalFarma y Gaceta Médica. **—22. Carmen Ayuso**, jefa de Genética de la Fundación Jiménez Díaz y directora del IIS-FJD. **—23. Amparo Serrano**, secretaria de SEPAR Madrid.

Premio a la Figura Pública Sanitaria

Plan de Preparación y Respuesta frente a Emergencias de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Comunidad de Madrid

Premio a la Mejor Iniciativa Sanitaria

"No es normal tour"

Amparo Serrano, secretaria de SEPAR Madrid, y **Ángel Herráiz**, enfermero itinerante de la campaña.

separ Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

Premio al impulso del Talento Femenino

BEONE

Cristina García Medinilla, directora general de BeOne Medicines para España y Portugal.

BeOne

Fundaciones, Instituciones y Grupos de Investigación

GRUPO ESPAÑOL DE MIELOMA (GEM)

Juan José Lahuerta, miembro del Board del Grupo Español de Mieloma, y **Cristina Encinas**, miembro del grupo.

PETHEMA GEM GRUPO ESPAÑOL DE MIELOMA

Premio al Profesional del año:

EJECUTIVA DEL AÑO

Fina Lladós

Directora general de Amgen para España y Portugal y presidenta de Farmaindustria.

TRAYECTORIA EN MEDICINA

Carmen Ayuso

Jefa de Genética de la Fundación Jiménez Díaz y directora del IIS-FJD.

TRAYECTORIA EN FARMACIA

Eduardo Pastor

Presidente de Cofares

Premio I+D+i

GSK y su laboratorio BSL-4, premiados en I+D+i: “Representa nuestro compromiso con la salud global”

Reciben el galardón gracias a una instalación que es pionera y que permite estudiar de forma segura patógenos peligrosos

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

El progreso de una sociedad está estrechamente ligado a la evolución científica. En este sentido, el desarrollo de terapias innovadoras y medicamentos que demuestren ser eficaces y seguros es un pilar fundamental, ya que no solo protege y prolonga la vida de los ciudadanos, sino que también impulsa el bienestar y el crecimiento colectivo. En este sentido, GSK fue reconocida con el premio a la Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) en la 25ª edición de los Premios Fundamed, un reconocimiento que refuerza el papel de la compañía como actor clave en la transformación de la salud desde la ciencia, gracias a su pionero laboratorio BSL-4.

Inmaculada Ibáñez, directora general de Investigación y Docencia de la Comunidad de Madrid, y Arturo Fernández-Cruz, presidente de la Fundación Fernández-Cruz y presidente del Comité Científico de Fundamed, fueron los encargados de entregar el premios que fue recogido por David Barros-Aguirre, responsable de I+D en Salud Global de GSK en España.

“Recibir este reconocimiento es un honor, pero, sobre todo, una gran responsabilidad. Lo recibo con enorme emoción”. Así comenzó Barros-Aguirre su discurso de agradecimiento en el cual aprovechó para destacar el trabajo de este laboratorio: “Este centro lleva más de 30 años guiado por un propósito muy claro: cambiar la trayectoria de enfermedades infecciosas que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables. Hablamos de enfermedades como la tuberculosis, que sigue siendo la principal causa de muerte por un patógeno infeccioso en el mundo, con más de un millón y medio de fallecimientos cada año, o la malaria, que causa alrededor de 600.000 muertes anuales, la mayoría de ellas en niños menores de cinco años”.

El responsable de I+D en Salud Global de GSK en España explicó que este reconocimiento le conmueve especialmente debido a una experiencia personal. “Hace quince años viajé por primera vez a Sudáfrica porque estábamos desarrollando nuevos tratamientos contra la tuberculosis, especialmente contra la tuberculosis multirresistente. Debo reconocer que llegué con cierto temor, ya que se trata de una enfermedad que se transmite por el aire y estaba visitando un centro donde se encontraban pacientes infectados”.

El especialista contó que especialmente el encuentro con un paciente gravemente enfermo que necesitaba miles de comprimidos para poder curarse, reforzó su convicción de que era necesario desarrollar nuevas soluciones frente a enfermedades infecciosas que siguen causando un enorme sufrimiento en todo el mundo.

Inmaculada Ibáñez (CAM), David Barros-Aguirre (GSK España) y Arturo Fernández-Cruz (Fundamed).

David Barros-Aguirre.

Instalación más segura

GSK ha puesto en marcha en su Centro de I+D de Salud Global de Tres Cantos (Madrid) el primer laboratorio BSL-4 de investigación farmacéutica en España y uno de los pocos de estas características en Europa, lo que le ha valido este galardón. La instalación, inaugurada este año tras una inversión de 5,2 millones de euros, convierte a España en un referente internacional en bioseguridad e investigación de enfermedades infecciosas de alta peligrosidad.

> **“Este centro lleva más de 30 años guiado por un propósito muy claro: cambiar la trayectoria de enfermedades infecciosas que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables”**

“Se trata de la instalación más segura para estudiar los patógenos más peligrosos: aquellos con mayor capacidad de transmisión y para los que todavía no disponemos de tratamientos o vacunas suficientemente eficaces. Este laboratorio no solo nos permitirá trabajar con las máximas garantías de bioseguridad, sino que también será un activo estratégico para la defensa, la preparación y la respuesta ante futuras pandemias”, destacó Barros-Aguirre.

El BSL-4 se integra en el Centro de I+D de Salud Global de Tres Cantos, que acumula más de 30 años de trayectoria en investigación de malaria, tuberculosis, leishmaniasis, enfermedad de Chagas y resistencias antimicrobianas. El centro cuenta además con el insectario más grande de la industria farmacéutica europea, donde se crían más de 10.000 mosquitos semanales para investigación en malaria.

“Para nosotros, el BSL-4 representa nuestro compromiso con la salud global hecho realidad”, concluyó.

Finalistas I+D+i

almirall feel the science · AstraZeneca · BeOne · GSK · Johnson&Johnson

Propósito. Progreso. Impacto.

Nuestro propósito guía cada decisión que tomamos: desde avanzar en la investigación en oncología, vacunas y enfermedades infecciosas, hasta desarrollar nuevos tratamientos centrados en los desafíos de salud más urgentes del mundo.

Utilizamos el poder de la ciencia de vanguardia para salvar y mejorar vidas en todo el mundo.

Descubre cómo el propósito impulsa el progreso en msd.es

MSD

Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/ Josefa Valcárcel, 42 · 28027 Madrid.
Copyright © 2026 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA y sus filiales.
Todos los derechos reservados.
ES-NON-07621 (Creado: febrero 2026)

Premio Producción y Fabricación

Lilly, galardonada en la categoría de Producción y Fabricación por la apuesta de su planta de Alcobendas

Gay-Ger (Lilly) destaca que todo el trabajo acometido es posible "gracias a un ecosistema que impulsa y fomenta la innovación"

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La creación y consolidación de instalaciones productivas en España es un motor clave para el fortalecimiento de la estructura empresarial nacional. Cuando estas plantas orientan su actividad hacia los mercados internacionales, no solo demuestran el alto nivel tecnológico y la vanguardia de la industria española, sino que también juegan un papel crucial en la mejora de la balanza comercial de nuestro país. Por ello, los Premios Fundamed reconocieron a Lilly en la categoría de Producción y Fabricación.

Pilar Jimeno Alcalde, directora general de Inspección y Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y Enrique Delgado, director editorial de Gaceta Médica y El Global Farma, entregaron el premio a Julio Gay-Ger, presidente de Lilly España, Portugal y Grecia.

El presidente de Lilly España, Portugal y Grecia destacó que todo el trabajo que ellos han podido llevar a cabo en su planta de producción de Alcobendas es posible "gracias a la existencia de un ecosistema que impulsa y fomenta la innovación". Por ello, aprovechó esta oportunidad para "agradecer a las autoridades, a la sociedad y a las asociaciones médicas su contribución a la creación de un entorno que nos permite seguir invirtiendo en España".

"Al mismo tiempo, es importante seguir avanzando para garantizar que los pacientes tengan acceso a estas innovaciones. Nuestro deseo es que los tratamientos y productos que desarrollamos continúen llegando, de forma equitativa y oportuna, a todas las personas que los necesitan, tal y como ha sucedido hasta ahora", subrayó.

Gay-Ger agradeció recibir este premio y afirmó que "para Lilly este reconocimiento viene en un momento muy especial porque la compañía cumplió 150 años, así que estamos celebrando un siglo y medio de presencia en el mercado, más de 60 años en España con una renovada apuesta a la innovación en el mercado español con esta inversión que nos va a permitir, entre otras cosas, llegar a cuadruplicar nuestra capacidad de exportación y abastecimiento al mercado interno de productos desde Alcobendas, lo que nos hace sentir extremadamente orgullosos".

Así, adelantó que esto se llevará a cabo en los próximos 2 años: "Vamos a hacerlo de forma que no vamos a parar de producir, lo que genera un nivel de complejidad desafiante, pero que creemos que vale la pena para continuar

Pilar Jimeno Alcalde (Comunidad de Madrid), Julio Gay-Ger (Lilly España, Portugal y Grecia) y Enrique Delgado (Gaceta Médica y El Global Farma).

> **"Nuestro deseo es que los tratamientos y productos que desarrollamos continúen llegando, de forma equitativa y oportuna, a todas las personas que los necesitan, tal y como ha sucedido hasta ahora"**

abasteciendo las necesidades de los pacientes". Además, quiso compartir este premio con las personas que trabajan en Lilly en España y las 450 que forman parte de la manufactura de producción en Alcobendas.

Eje clave

Lilly ha posicionado sus instalaciones de Alcobendas como uno de sus centros industriales más importantes a nivel global. Esta consolidación se ha logrado gracias a una inyección económica de 175 millones de dólares, una inversión destinada a expandir el potencial de fabricación y actualizar las infraestructuras de la planta para poder responder al fuerte incremento en la demanda mundial de terapias innovadoras contra la obesidad, la diabetes y las patologías cardiometabólicas.

El complejo, que lleva operando desde 1968, se ha transformado en un enclave fundamental para la cadena de suministro internacional de la compañía. Hoy, las instalaciones cuentan con una superficie de 28.600 metros cuadrados y, desde allí, se exportan medicamentos a más de 120 países, cumpliendo con estrictas normativas de calidad internacionales y contando con el respaldo de las licencias de la AEMPS.

Con la inversión anunciada en 2025, la planta multiplicará por cuatro su capacidad productiva mediante la incorporación de nuevas líneas de fabricación, automatización de procesos y tecnología de última generación. Una de las grandes novedades de esta expansión será la producción del futuro tratamiento oral de Lilly enfocado en la obesidad, además de otras terapias metabólicas avanzadas.

Julio Gay-Ger, pdte. de Lilly España, Portugal y Grecia.

Finalistas Producción y Fabricación

almirall
feel the science

GSK

NORMON

Investigamos
para crecer en salud
ROVI
www.rovi.es

Premio Campaña Socio-Sanitaria

‘El Viaje de Nica’: la muñeca que recorrió España para dar voz a los pacientes con enfermedades raras

La campaña ganadora en esta edición de los Fundamed movilizó a 2.700 donantes y alcanzó a más de 31 millones de personas

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

En la 25ª edición de los Premios Fundamed ha vuelto a ser reconocida la importancia de las campañas con propósito sanitario. ‘El Viaje de Nica’, impulsada por el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), con el apoyo de Alexion, se ha alzado con el galardón a la Mejor Campaña Socio-Sanitaria. Este galardón reconoció la capacidad de este proyecto para transformar una realidad invisible en un símbolo de esperanza y movilización colectiva.

Ana Crespo, directora de comunicación de Alexion, recibió el galardón de la mano de Kilian Sánchez, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión de Sanidad del Senado y secretario de Sanidad del Partido Socialista, y Francisco González Aguado, subdirector de la Oficina Técnica del Comisionado para la Transición del Modelo de Salud Mental.

“Esta campaña tiene como objetivo intentar acelerar esa terrible situación que viven las familias, avanzando un diagnóstico genómico complejo que tantos niños, miles de niños y niñas en España están esperando. Fue una campaña muy bonita que tenía como protagonistas a 100 familias, a través de Nica, una muñeca que durante un año recorrió pueblos, casas, familias… y fue de mano en mano, recaudando fondos que se destinaron al programa IMPaCT-GENóMICA. Ahora están sirviendo para que 30 hospitales, que forman parte de la red ÚNICAS, puedan derivar a sus pacientes pediátricos y puedan acceder a un diagnóstico genómico complejo”, concluyó Crespo.

Una espera que debe terminar

La campaña nace con un objetivo claro: dar visibilidad a la odisea diagnóstica que atraviesan miles de familias en

Kilian Sánchez (PSOE), Ana Crespo (Alexion) y Francisco González Aguado (Sanidad).

Ana Crespo, directora de comunicación de Alexion.

“Esos fondos están sirviendo para que 30 hospitales de la red ÚNICAS deriven a sus pacientes pediátricos y puedan acceder a un diagnóstico genómico complejo”

España, quienes esperan una media de más de seis años para poner nombre a la enfermedad de sus hijos. El proyecto creó a Nica, una muñeca simbólica que ha viajado de mano en mano por todo el país, involucrando a asociaciones, profesionales sanitarios y ciudadanos en un mensaje de apoyo mutuo.

Este viaje no ha sido solo físico, sino una potente herramienta de alfabetización en salud que ha puesto el foco en la necesidad de impulsar el acceso al diagnóstico genómico avanzado.

Cifras de un impacto social

A lo largo de su despliegue en 2025, la campaña ha logrado un alcance masivo llegando a más de 31 millones de personas y ha estado presente en más de 600 municipios. Además ha generado más de 152 impactos en medios de comunicación, incluyendo la proyección de su teaser en las salas de cine Cinesa. Gracias a la generosidad de más de 2.700 donantes, el proyecto ha recaudado 139.236 euros. Un pilar fundamental para generar la empatía necesaria fue la implicación directa de más de 100 familias, quienes compartieron públicamente sus historias personales de lucha frente a la incertidumbre diagnóstica para activar la ola de microdonaciones.

Además, la campaña logró traspasar el ámbito de la sensibilización ciudadana para integrarse en la esfera científica, participando en 15 encuentros profesionales y asociativos, lo que permitió consolidar un frente común entre pacientes y expertos para agilizar el diagnóstico genómico en España

Además, este premio Fundamed pone en valor el destino de los fondos recaudados. El dinero se ha destinado íntegramente a impulsar el programa IMPaCT-GENÓMICA para el diagnóstico de precisión y a reforzar el Servicio de Información y Orientación de FEDER, una pieza clave para el acompañamiento de familias que conviven con patologías de baja prevalencia. Con este galardón, Hospital Sant Joan de Déu, FEDER y Alexion consolidan un modelo de colaboración público-privada que utiliza la creatividad para situar al paciente en el centro del discurso social. ‘El Viaje de Nica’ no solo es una campaña premiada; es la prueba de que, cuando la sanidad y la sociedad se dan la mano, el camino hacia el diagnóstico se vuelve mucho más corto.

Los más votados Campaña Socio-Sanitaria

“Buen Punto”

SIGRE
Medicamento y Medio Ambiente

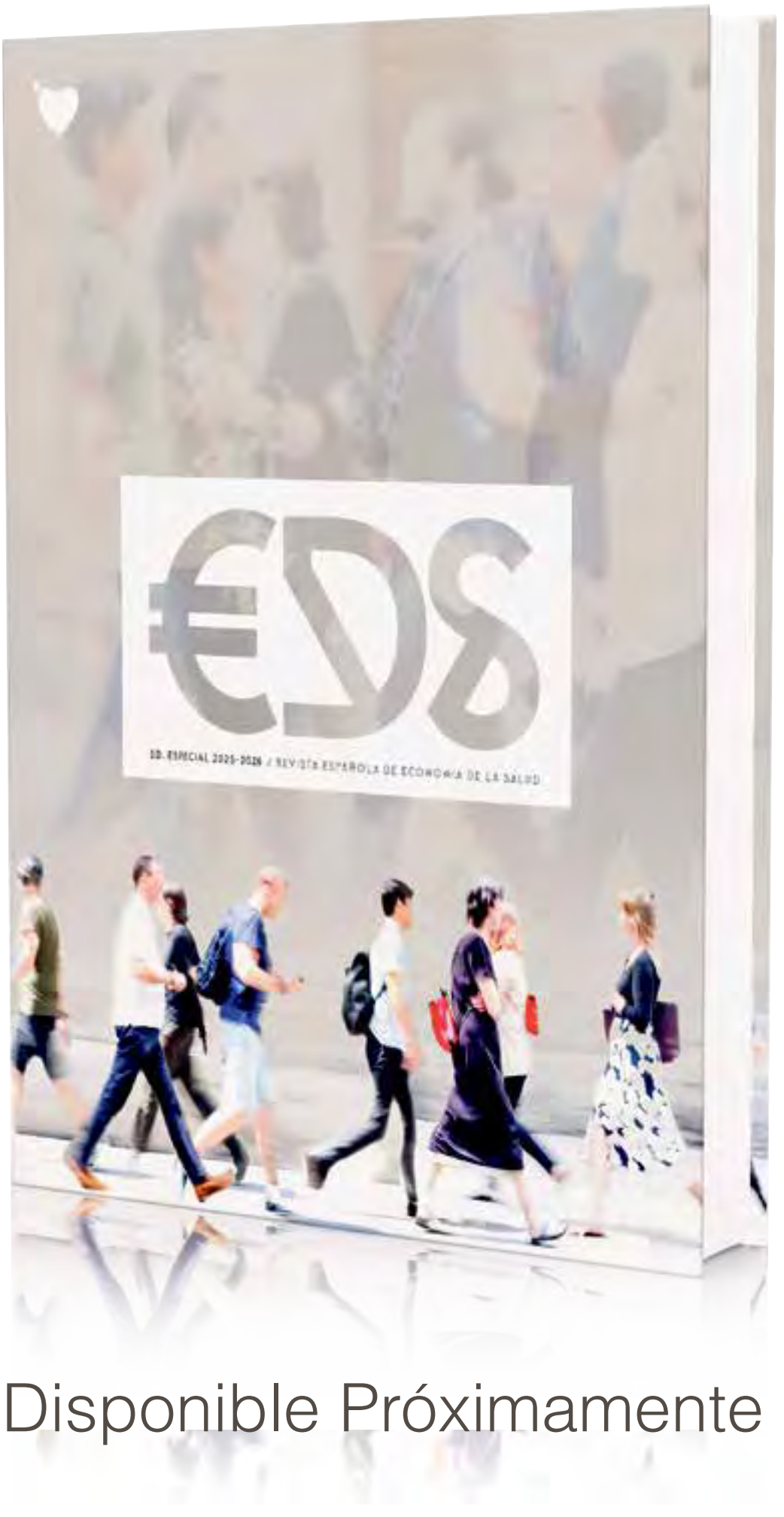
“Personas cuidadoras”

cinfa

Todas las candidaturas aquí

REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMIA DE LA SALUD

EDICIÓN ESPECIAL 2025-2026



Disponible Próximamente

Premio Iniciativa Sanitaria

SEPAR se alza con el Premio Fundamed 2026 a la Mejor Iniciativa Sanitaria con su ‘No es normal tour’

La propuesta recorrió distintos puntos de España realizando espirometrías gratuitas y logrando más de 400 derivaciones a Primaria

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

Elena Andradas (Comunidad de Madrid), Amparo Serrano (SEPAR), Ángel Herráiz (SEPAR) y Elvira Velasco (PP).

En la 25º edición de los Premios Fundamed, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) se alzó con el galardón a la Mejor Iniciativa Sanitaria. Su proyecto, bautizado como ‘No es normal tour’, ha sido reconocido como un modelo excepcional de intervención comunitaria para transformar el abordaje de la salud respiratoria en España.

Elvira Velasco, portavoz del Grupo Parlamentario Popular en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, y Elena Andradas, directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, entregaron el galardón a Amparo Serrano, secretaria de SEPAR Madrid, y Ángel Herráiz, enfermero itinerante de la campaña.

“Cuando diseñamos esta campaña con SEPAR vimos que había mucha normalización. Un estudio demostró que había un 74% de personas con EPOC que no habían sido previamente diagnosticadas y el 50% de ellas ni siquiera habían ido al médico. Nada podía ser mejor que ir a las plazas de los pueblos y las calles a averiguar por qué ocurría, y visitamos 25 municipios, con realidades diferentes, realizando más de 1230 espirometrías y escuchando a los pacientes, y quedó claro que respirar mal no es algo normal. Y eso es lo que tenemos que comunicar a la población”, destacó Herráiz.

> **“El proyecto busca que los ciudadanos entiendan que padecer tos, disnea, cansancio o ronquidos de forma recurrente no es normal y requiere atención profesional”**

El silencio de los pulmones

A través de una unidad móvil sanitaria, el tour recorre diversos municipios españoles concienciando sobre síntomas que a menudo se pasan por alto, como la tos persistente, la disnea (falta de aire), el cansancio o los ronquidos. La iniciativa busca que los ciudadanos entiendan que padecer estos signos de forma recurrente “no es normal” y requiere atención profesional.

Cribado itinerante

Se trata de una clínica sobre ruedas que integra la participación de más de 100 profesionales locales de Atención Primaria, enfermería y neumología. En su unidad móvil, se realizan espirometrías gratuitas y valoraciones clínicas directamente en el espacio público, favoreciendo una conexión inmediata con el sistema sanitario. Los datos recabados durante las primeras semanas de actividad que ha superado ya los 3.000 kilómetros, atendiendo a más de 1.000 personas, con más de 800 espirometrías, han sido de lo más reveladores.

Amparo Serrano, secretaria de SEPAR Madrid, y Ángel Herráiz, enfermero itinerante de la campaña.

La iniciativa ha generado 427 derivaciones a Atención Primaria por sospecha de patología, y además más del 80% de las personas derivadas reconoció que previamente había normalizado sus síntomas, los cuales estaban potencialmente asociados a enfermedades como la EPOC, el asma o la apnea del sueño.

Los más votados Iniciativa Sanitaria

“Bajemos la Albuminuria”

“Escuelas de Salud para la Mujer”

“Gate2Health”

Informe: **“Aproximación Coordinada en Medicina Personalizada de Precisión entre Comunidades Autónomas”**

Todas las candidaturas aquí

Fundaciones, Instituciones y Grupos de Investigación

El Grupo Español de Mieloma, Premio Especial de Fundaciones, Instituciones y Grupos de Investigación

La International Myeloma Society propuso la candidatura del grupo de investigación al Premio Princesa de Asturias

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Cristina Encinas y Juan José Lahuerta (Grupo Español de Mieloma), junto a Laura Gutiérrez (Comunidad de Madrid).

El Grupo Español de Mieloma (GEM), integrado dentro de PETHEMA, ha sido distinguido con el Premio Especial Fundaciones, Instituciones y Grupos de Investigación en la edición de los Premios Fundamed 2026. Este galardón, que concede de manera anual el patronato de la fundación reconoce a aquellas organizaciones sin ánimo de lucro que han marcado un hito en el progreso de la medicina y en la aportación al sistema sanitario.

En esta ocasión, la balanza se ha inclinado hacia el GEM gracias a su trayectoria, la naturaleza de sus acciones colaborativas y su impacto directo en la sociedad y en el liderazgo internacional de España en investigación clínica.

Durante la gala Laura Gutiérrez, viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, fue la encargada de entregar el galardón que recogió Juan José Lahuerta, miembro del Board del Grupo Español de Mieloma junto a la hematóloga Cristina Encinas, miembro del grupo.

Lahuerta mencionó toda la trayectoria del GEM y aprovechó para destacar "la producción científica 'casi única' de este grupo, somos uno de los grupos más potentes, desde el punto de vista científico, del mundo. Contamos con 550 publicaciones en revistas, de las cuales hay 17 en la prestigiosa The New England Medicine. Ya casi hemos llegado a un punto en el que, en esta terrible enfermedad, que antes solo producía dolor y sufrimiento, la mayoría de los pacientes pueden alcanzar algo muy parecido a una vida normal".

Juan José Lahuerta y Cristina Encinas durante el discurso de agradecimiento.

"Es un reto y una responsabilidad", subrayó Encinas. "Hace 23-24 años, un paciente con mieloma múltiple tenía una supervivencia de alrededor de 3 años. 24 años después son pacientes que potencialmente están curados". La experta destacó que la humildad del grupo, así como una generosidad inmensa, ha formado a muchos investigadores a lo largo de estos años: "Investigadores que dedican su tiempo, transmitiendo a las generaciones siguientes sus conocimientos. Yo espero que la mía haga lo mismo con las siguientes y que sigamos mejorando la vida de los pacientes, que yo creo que es para lo que estamos aquí", afirmó.

Un modelo clínico pionero

Nacido formalmente entre los años 2000 y 2001, el GEM introdujo un modelo profundamente innovador para la época. En lugar de que cada centro hospitalario realizara estudios independientes con muestras pequeñas de pacientes, el grupo propuso coordinar la investigación clínica en toda España mediante protocolos comunes, sistemas compartidos de análisis de datos y ensayos clínicos multicéntricos.

Este enfoque cooperativo, que hoy engloba a una infraestructura de más de cien hospitales españoles, laboratorios de referencia centralizados y bancos de muestras biológicas, ha permitido reclutar grandes cohortes de pacientes en periodos cortos de tiempo, dotando a los resultados de una solidez estadística sin precedentes.

Desde su estudio GEM-2000, que sentó las bases de los esquemas de tratamiento intensivo y el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, el grupo ha liderado ensayos clínicos sucesivos (GEM05, GEM2010, GEM2012, GEM2014) que han incorporado con éxito fármacos revolucionarios como los inhibidores del proteasoma, inmunomoduladores y anticuerpos monoclonales.

La proyección global del grupo quedó consolidada en 2013 con el estudio liderado por María Victoria Mateos en The New England Journal of Medicine. Aquel trabajo demostró que el tratamiento precoz en pacientes con mieloma latente de alto riesgo retrasaba significativamente la progresión a mieloma activo, cambiando el paradigma biológico de la enfermedad. Asimismo, el GEM ha sido una pieza fundamental en el desarrollo e implementación de técnicas de alta precisión para medir la enfermedad mínima residual.

> **"Ya casi hemos llegado a un punto en el que, en esta terrible enfermedad, que antes solo producía dolor y sufrimiento, la mayoría de los pacientes pueden alcanzar algo muy parecido a una vida normal"**

El impacto de este grupo de investigación se vio distinguido en marzo de este año cuando la International Myeloma Society, a través de su presidente, Philippe Moreau, propuso la candidatura del Grupo Español de Mieloma al Premio Princesa de Asturias.

Cambiando la vida de los pacientes

La labor del GEM es el reflejo de cómo la cooperación sostenida puede transformar por completo el panorama de una patología. Gracias a este esfuerzo en red, que ha incluido a miles de pacientes en ensayos clínicos, el mieloma múltiple ha dejado de ser una enfermedad con una supervivencia media de apenas dos o tres años, a convertirse en una patología en la que muchos pacientes logran respuestas profundas y supervivencias que superan la década.

Premios Fundamed 2026

fundamed fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios · wecare-u.

ELGLOBALFARMA · GACETA MÉDICA

Enhorabuena a todos los premiados

Compañía Farmacéutica del Año

Johnson&Johnson

Impulso del Talento Femenino

BeOne

Figura Pública Sanitaria

Plan de Preparación y Respuesta frente a Emergencias de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Fátima Matute

Comunidad de Madrid

Investigación, Desarrollo e Innovación

GSK

Medicamento del Año

Winrevair®

MSD

Producción y Fabricación

Lilly

Premio Fundaciones, Instituciones y Grupos de Investigación

PETHEMA GEM · GRUPO ESPAÑOL DE MIELOMA

Mejor Iniciativa Sanitaria

No es normal Tour

separ Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

Mejor Campaña Socio-sanitaria

El Viaje de Nica

SJD Sant Joan de Déu Barcelona Hospital · feder · ALEXION AstraZeneca Rare Disease

Trayectoria Profesional

FARMACIA

Eduardo Pastor

MEDICINA

Dra. Carmen Ayuso García

EJECUTIVA DEL AÑO

Fina Lladós

—1. Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a su llegada a la ceremonia. **—2.** Elena Andradas, directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. **—3.** Sara Cebrián, directora asociada de Comunicación de MSD España. **—4.** Roberto J. Úrbez, vicepresidente de Farmaindustria entre 2017 y 2023 y expresidente de la Asociación de Compañías Farmacéuticas Americanas, charla con Cristina García Medinilla, directora general de BeOne Medicines para España y Portugal. **—5.** Fina Lladós, directora general de Amgen para España y Portugal y presidenta de Farmaindustria, junto a Eduardo Pastor, presidente de Cofares, y Santiago de Quiroga, presidente de Fundamed. **—6.** Carmen Peña, presidenta honoraria de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), expresidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y consejera de Cofares, junto a Andradas y Pilar Jimeno Alcalde, directora general de Inspección y Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. **—7.** David Beas, director de Government Affairs y Market Acces de Johnson & Johnson, junto a De Quiroga. **—8.** Arturo Fernández-Cruz, presidente de la Fundación Fernández-Cruz y presidente del Comité Científico de Fundamed. **—9.** Matute junto a Laura Gutiérrez Barreno, viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y Luis de Palacio, expresidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). **—10.** (Izquierda) Ángel Herráiz, enfermero itinerante de la campaña 'No Es Normal Tour', de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). **—11.** Pepe Meseguer, Country manager de CSL Seqirus España y Portugal, junto a Matute. **—12.** De izq. a derecha: Enrique Delgado, director editorial de Gaceta Médica y El GlobalFarma; Romina del Río, directora de RRII y Transformación Digital de Wecare-u; Inmaculada Ibáñez, directora general de Investigación y Docencia de la Comunidad de Madrid; Jimeno Alcalde; Andradas; Gutiérrez Barreno; y Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos y miembro del Comité Científico de Fundamed.

13

14

15

16

18

19

17

20

—13. Julio Gay-Ger, presidente y general manager de Lilly España, Portugal y Grecia, junto a Rosemarie Neipp López, Government Affairs and Patient Advocay Head de Lilly, y Elena Rodríguez Cobos, responsable de Comunicación Externa y Sostenibilidad de Lilly España. **—14.** Carmen Estañ, presentadora de la gala de los Premios Fundamed 2026. **—15.** Gil de Miguel, junto a Joaquín Mateos, director médico de MSD. **—16.** Asistentes a la gala de los Premios Fundamed 2026 durante la ceremonia de entrega. **—17.** Cóctel tras la celebración de los galardones. **—18.** Elvira Velasco, portavoz del Grupo Parlamentario Popular en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. **—19.** Rita de la Plaza, tesorera del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). **—20.** De izq. a derecha: De Quiroga, Matute, Fernández-Cruz y Kilian Sánchez, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión de Sanidad del Senado y secretario de Sanidad del PSOE. **—21.** Katarina Haronikova, Commercial Director de Shionogi Europe, junto a Marta Gárate Gómez-Corisco, Government Affairs & Communication Specialist de Shionogi Europe. **—22.** García Medinilla, conversando con Rafael Martínez Tomás, director de Comunicación de Gilead para España y Portugal, y Ana Ojanguren, directora de Asuntos Corporativos de Alexion, tras la ceremonia. **—23.** De Palacio, junto a Jimeno Alcalde. **—24.** Equipo de El GlobalFarma y Gaceta Médica.

21

22

23

24

Impulsando la ciencia y tecnología de los ADCs

Pasión por la Innovación.
Compromiso con los Pacientes.

Creamos nuevas oportunidades
para responder a las grandes necesidades en cáncer.

Descubre más sobre nosotros en:
https://dsoncologia.es/
ES/ONP/09/24/0003

Daiichi-Sankyo

CÁNCER DE VEJIGA

“Los datos apoyan un posible cambio de estándar en primera línea de tratamiento”

PALOMA ANGUITA, directora médica de Astellas Pharma España.

MARCOS YEBRA
Madrid

Pregunta. ¿Qué resultados e investigaciones destacaría de entre todos los posters y estudios que ha presentado Astellas en ASCO 2026?

Respuesta. Los resultados presentados en ASCO 2026 ponen de manifiesto el compromiso de Astellas con la investigación y la necesidad de avanzar hacia tratamientos más eficaces, mejor ajustados a cada paciente y con beneficios sostenidos en el tiempo, en entornos con necesidades médicas no cubiertas. En este sentido, podemos destacar tres líneas de avance especialmente relevantes.

En próstata, los datos de ARCHES y EMBARK refuerzan el beneficio sostenido de enzalutamida en combinación con ADT, incluso en pacientes con comorbilidades, y aportan además información relevante sobre la evolución de la respuesta y la recuperación hormonal en estrategias de tratamiento intermitente.

En cáncer gastrointestinal, los estudios con zolbetuximab amplían claramente su desarrollo hacia estadios más tempranos y combinaciones, consolidando además el papel crítico del biomarcador CLDN18.2 y la necesidad de integrarlo de forma sistemática en la práctica clínica.

Y en cáncer de vejiga, los resultados de enfortumab vedotina en combinación con pembrolizumab refuerzan un beneficio clínico consistente a lo largo del continuum de la enfermedad, con impacto en supervivencia y respuestas profundas.

Desde Astellas, estamos focalizados en que estos avances se traduzcan en mayor tiempo y mejor calidad de vida para los pacientes, y en generar evidencia útil para la toma de decisiones en práctica clínica real.

P. En ASCO se han presentado varios posters y estudios relativos a la combinación de enfortumab vedotina con pembrolizumab (EV+P). El EV-302 muestra que el tratamiento en primera línea duplica la supervivencia global (33,6 frente a 15,9 meses). ¿Estamos ante un cambio de paradigma en la práctica clínica del cáncer de vejiga?

R. Sí, los datos del EV-302 apoyan la posibilidad de un cambio en el estándar en primera línea de tratamiento. La magnitud del beneficio en supervivencia global, junto con su consistencia y un perfil de seguridad manejable, sitúa a esta combinación como una nueva referencia frente a la quimioterapia basada en platino.

Más allá de la cifra, lo relevante es que cambia el objetivo terapéutico en estos pacientes: pasamos de controlar la enfermedad a prolongar de forma significativa la supervivencia.

"Para elevar el impacto clínico es clave avanzar hacia un diagnóstico molecular más estandarizado y accesible"

P. El EV-302 también expone que la duración del tratamiento es clave para maximizar los resultados, dado que dos tercios de las respuestas completas se originan a partir de una respuesta parcial inicial. Teniendo esto en cuenta, ¿cómo cambia el manejo a largo plazo de estos pacientes?

R. Los resultados de EV-302 introducen una visión más continuista del tratamiento. El hecho de que muchas respuestas profundas se alcancen a partir de respuestas iniciales parciales refuerza la importancia de mantener el tratamiento en pacientes que se están beneficiando, evitando decisiones prematuras de discontinuación.

Esto nos lleva a un manejo más individualizado, basado en la evolución de la respuesta y la tolerancia, con un seguimiento estrecho y decisiones dinámicas a lo largo del tiempo.

Además de la importancia de un seguimiento a largo plazo y un manejo que ayude a los pacientes a mantener el tratamiento con el objetivo de lograr el máximo beneficio clínico.

P. Más allá de la enfermedad avanzada, Astellas también ha puesto el foco en ASCO en el entorno perioperatorio del cáncer de vejiga músculo invasivo (MIBC). Los estudios EV-303 y EV-304 muestran mejoras en supervivencia y respuesta completa sin comprometer la calidad de vida tras la cirugía. En el caso del EV-303, se refuerza su potencial como estándar para pacientes no candidatos a cisplatino. ¿Cómo transformarán estos avances la estrategia terapéutica en las etapas más tempranas de la enfermedad?

R. Para los pacientes, avanzar en etapas tempranas significa aspirar no solo a tratar mejor, sino a hacerlo sin perder de vista aspectos esenciales como la calidad de vida. Ese equilibrio es una parte central del enfoque que buscamos impulsar con estos programas.

Estos estudios abren la puerta a una transformación real del manejo perioperatorio del cáncer de vejiga músculo-invasivo. Además, los resultados sugieren que la combinación mantiene eficacia sin comprometer la calidad de vida tras la cirugía, lo cual es clave en este escenario.

Especialmente relevante es su potencial en pacientes no candidatos a cisplatino, donde puede cubrir un importante vacío terapéutico y contribuir a una estrategia más activa en fases tempranas de la enfermedad.

P. En cuanto a zolbetuximab, se han presentado avances para expandir su uso más allá de la enfermedad avanzada (NEOCLAUD) en los escenarios neoadyuvante y adyuvante, e incluso señales preliminares en cáncer de vías biliares. ¿Puede zolbetuximab consolidarse como una terapia dirigida clave en diferentes estadios y tipos de tumores gastrointestinales?

R. Los datos presentados de NEOCLAUD refuerzan su potencial más allá de la enfermedad avanzada. La exploración en neoadyuvancia, adyuvancia y nuevas combinaciones sugiere una posible expansión relevante en el manejo del cáncer gástrico y gastroesofágico, e incluso en otros tumores, como es el caso de las vías biliares, con expresión de CLDN18.2.

Su consolidación dependerá de dos factores: la validación en estadios más tempranos y la integración real del biomarcador en la práctica clínica diaria.

Trabajamos con el compromiso de desarrollar terapias dirigidas allí donde el biomarcador lo justifica, y con el objetivo de que más pacientes puedan acceder a un tratamiento personalizado según las características de su tumor.

P. Los biomarcadores juegan un papel clave a la hora de optimizar la eficacia de zolbetuximab como alternativa terapéutica. En este sentido, algunos estudios presentados en ASCO (Vazquez Salgado o Wang) identifican barreras y variabilidad en la implementación de estos tests de práctica real, ¿qué aspectos deben mejorarse para optimizar la eficacia de este tratamiento?

R. El principal reto no es científico, sino organizativo. Existe variabilidad en el acceso y en la implementación del test de CLDN18.2, así como en su integración con otros biomarcadores como HER2 o PD-L1.

Para maximizar el impacto clínico, es clave avanzar hacia un diagnóstico molecular más estandarizado, accesible y precoz, que permita seleccionar mejor a los pacientes y optimizar las decisiones terapéuticas desde el inicio.

Por tanto, para optimizar la eficacia de zolbetuximab (que requiere identificar pacientes CLDN18.2+), habría que mejorar la implementación consistente del testing, reducir la variabilidad en su uso en la práctica real y optimizar la integración y secuenciación de CLDN18.2 junto con PD-L1 y HER2 dentro del algoritmo diagnóstico.

En Johnson & Johnson tenemos un compromiso: transformar el futuro de la medicina, redefiniendo el cuidado de la salud.

Cada día nos mueve el propósito de impulsar innovaciones capaces de ir más allá de lo que hoy es posible.

Investigamos y desarrollamos terapias que permiten tratar las enfermedades de manera cada vez más precisa, con la curación funcional como meta.

Porque creemos en el poder de la ciencia para cambiar vidas, unimos lo mejor de health&care: Innovación médica con las personas en el centro.

Johnson&Johnson
The Health&Care Company

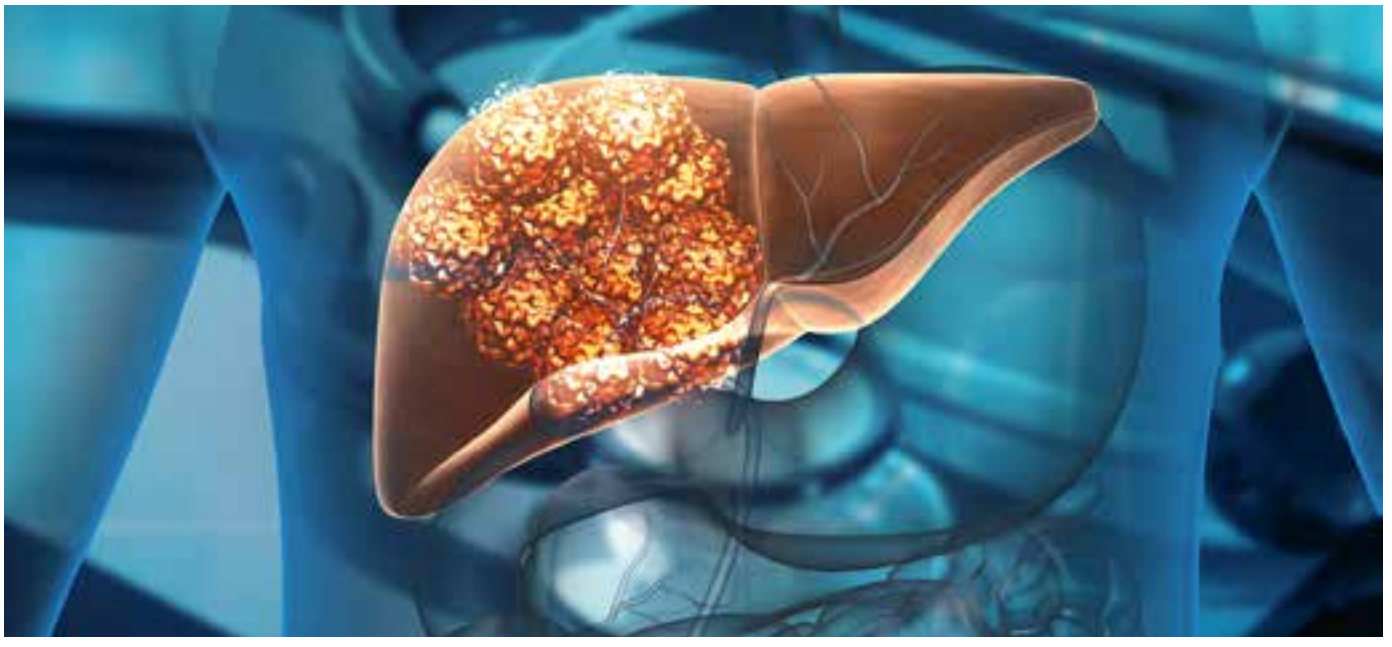
CP-584446 · Junio 2026 · Janssen-Cilag, S.A.

CÁNCER DE HÍGADO

“Es la primera mejora sustancial en más de 20 años en carcinoma hepatocelular elegible para embolización"

Bruno Sangro (CUN) detalla los resultados del ensayo de Fase III EMERALD-3, que muestran que durvalumab más tremelimumab combinados con lenvatinib y QETA redujeron el riesgo de progresión o muerte en un 30%

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid



Durvalumab en combinación con tremelimumab, lenvatinib y quimioembolización transarterial (QETA) demostró una mejora estadísticamente significativa y clínicamente relevante en la supervivencia libre de progresión (SLP) frente a solo la QETA para pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) irresecable elegibles para embolización. Así lo muestran los resultados positivos del ensayo de Fase III EMERALD-3, presentados por AstraZeneca en una sesión oral durante la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) 2026 en Chicago.

En concreto, los pacientes en los brazos experimentales del ensayo fueron tratados con el régimen STRIDE (por las siglas de Single Tremelimumab Regular Interval Durvalumab), con o sin lenvatinib, antes de la QETA y posteriormente en combinación con la QETA.

En un análisis interino planificado, el régimen STRIDE combinado con lenvatinib y QETA demostró una reducción del 30% en el riesgo de progresión de la enfermedad o muerte frente a solo la QETA. La mediana de SLP fue de 13,0 meses para este régimen frente a 9,8 meses para la QETA. La mejora en la SLP fue en general consistente en los subgrupos preespecificados clave de pacientes.

Bruno Sangro, director de la Unidad de Hepatología y coordinador del Área de Cáncer Hepático y Páncreas del Cancer Center de la Clínica Universidad de Navarra (CUN) e Investigador principal del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), explica a Gaceta Médica que “los resultados de este estudio son importantes porque corresponden a un escenario clínico en el que no se han producido cambios relevantes en el tratamiento”.

Según Sangro, “durante más de dos décadas no se han registrado mejoras significativas en las expectativas de estos pacientes, ya que los intentos de mejorar los resultados mediante la combinación de quimioembolización e inhibidores de tirosina quinasa fracasaron”. Por todo ello, confirma que “es la primera mejora sustancial en el tratamiento de estos pacientes en más de 20 años”.

Bruno Sangro
Director de la Unidad de Hepatología y coordinador del Área de Cáncer Hepático y Páncreas del Cancer Center de la CUN

“El hepatocarcinoma es el tumor hepático primario más frecuente”

No obstante, defiende que “este ensayo debe entenderse en el contexto del estudio EMERALD-1, que evaluó una población similar y analizó la eficacia de un régimen basado en durvalumab y bevacizumab”.

Para el objetivo secundario de supervivencia global (SG), se observó una tendencia positiva a favor del régimen STRIDE con lenvatinib y QETA frente a solo la QETA. Aunque no se evaluaron formalmente en este análisis, los objetivos secundarios clave de SLP y SG para el brazo de tratamiento que evaluó el régimen STRIDE más QETA frente a solo la QETA mostraron una mejora clínicamente significativa en SLP y SG frente a solo la QETA. La mediana de SLP fue de 12,9 meses para STRIDE más QETA frente a 8,1 meses para solo la QETA.

En un análisis exploratorio preplanificado comparando los dos brazos experimentales del estudio, se observó una mejora en SLP a favor del brazo que contenía lenvatinib en pacientes con etiología no viral. El ensayo continuará evaluando la SG y otros objetivos secundarios clave en ambos brazos.

Sangro señala que lo que demuestra el estudio EMERALD-3, y por eso resulta relevante, “es que la inhibición dual de PD-L1 y CTLA-4 mediante el régimen STRIDE —una única dosis elevada de tremelimumab en combinación con dosis repetidas de durvalumab— aporta un beneficio clínico en este contexto”.

“Este régimen, que ya constituye un tratamiento estándar en las fases más avanzadas de la enfermedad, cuando se combina con la quimioembolización, acompañado o no de lenvatinib, mejora la SLP”, expresa. Por tanto, considera que “se trata de una mejoría que no solo es estadísticamente significativa, sino también clínicamente relevante, ya que, aunque los datos de SG siguen siendo inmaduros, el análisis apunta también a una posible ventaja en este parámetro”.

Al mismo tiempo, Sangro argumenta que “estos resultados refuerzan la utilidad de la combinación STRIDE en el tratamiento del hepatocarcinoma”, ya que su eficacia en las etapas más avanzadas de la enfermedad está bien establecida y por ello se utiliza habitualmente en la práctica clínica. No obstante, especifica que ahora, además, “disponemos de datos que sugieren que podría tener cabida también en fases más precoces de la enfermedad”.

Contexto de este tumor

Según el experto, el hepatocarcinoma es el tumor hepático primario más frecuente, representando más del 80% de los tumores primarios del hígado y constituyendo la tercera causa de muerte relacionada con el cáncer a nivel mundial. “En España, su incidencia no es tan elevada como en los países asiáticos o africanos, pero tampoco tan baja como en otros países, por lo que puede considerarse intermedia”, admite Sangro.

Sangro subraya que este tumor aparece fundamentalmente en pacientes con cirrosis. “Cuando la cirrosis está diagnosticada, los pacientes pueden incluirse en programas de cribado, lo que aumenta las posibilidades de detectar el tumor en etapas tempranas, en las que la cirugía —incluyendo la resección y el trasplante—, así como otras técnicas locales, pueden permitir la curación de la enfermedad”, determina.

Por el contrario, articula que “cuando el tumor se diagnostica en fases más avanzadas, con metástasis, invasión vascular o una elevada carga tumoral, el tratamiento estándar es la inmunoterapia”.

En los llamados estadios intermedios, Sangro argumenta que la base del tratamiento es la embolización arterial. “Por esta razón se habla de pacientes candidatos a embolización, puesto que son pacientes cuya enfermedad no se encuentra en una fase tan avanzada, pero que ya han superado el punto en el que la cirugía constituye una opción terapéutica”, concluye.

PharmaMar, empresa española que
más invierte en investigación y desarrollo
en relación con sus ingresos y por empleado*
*Ranking Europeo 2025 sobre inversión en investigación y desarrollo: "The 2025 EU Industrial R&D Investment Scoreboard"
https://iri.jrc.ec.europa.eu/scoreboard/2025-eu-industrial-rd-investment-scoreboard
PharmaMar
40 AÑOS
Investigación con éxito.
Hemos logrado la aprobación de nuestros tratamientos contra el cáncer en más de 70 países.
www.pharmamar.com

INNOVACIÓN ONCOLÓGICA

ASCO 2026, un punto de inflexión: "Algunas barreras científicas empiezan a resquebrajarse"

El presidente de la Fundación ECO, Jesús García-Foncillas, analiza los avances más relevantes del congreso

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

ASCO 2026

Cada edición de ASCO ofrece una instantánea del estado de la oncología a nivel mundial, pero no todas las reuniones logran ir más allá. En esta ocasión, el congreso de 2026 ha supuesto, según Jesús García-Foncillas, presidente de la Fundación ECO, un punto de inflexión en la evolución de la disciplina.

"Sin embargo, algunas reuniones consiguen algo más: permiten vislumbrar hacia dónde se dirige el futuro. ASCO 2026 ha sido, sin lugar a duda, una de ellas", señala el experto en declaraciones a este medio, subrayando el carácter especialmente revelador de esta edición. En su análisis, García-Foncillas destaca que la innovación oncológica ha avanzado tradicionalmente mediante progresos graduales, aunque este año el escenario es diferente. "Durante años, la innovación en cáncer ha avanzado a través de progresos constantes, aunque a menudo graduales. Este año, sin embargo, la sensación predominante ha sido distinta", explica.

Según el especialista, el congreso ha mostrado la consolidación de tendencias que van más allá de la mejora incremental de los tratamientos. "Hemos asistido a la consolidación de tendencias que no solo mejoran los tratamientos existentes, sino que están redefiniendo la forma en que entendemos la enfermedad", afirma.

RAS: una barrera histórica que comienza a romperse

Uno de los elementos más relevantes de ASCO 2026 ha sido, según el experto, el avance de los inhibidores de RAS, una de las dianas más complejas de la oncología: "Probablemente, el ejemplo más representativo sea el de los inhibidores de RAS. Durante décadas, esta proteína ha sido considerada uno de los grandes objetivos inalcanzables de la oncología", recuerda García-Foncillas.

El impacto potencial de estos avances es especialmente significativo en tumores agresivos como el cáncer de páncreas. "Su papel en algunos de los tumores más agresivos y frecuentes era bien conocido, pero convertir ese conocimiento biológico en una estrategia terapéutica eficaz parecía una meta lejana. Los resultados presentados en cáncer de páncreas sugieren que ese paradigma está cambiando", subraya.

Para el presidente de la Fundación ECO, el verdadero avance no reside únicamente en los resultados clínicos, sino en el cambio conceptual: "Más allá de las cifras concretas, el verdadero mensaje es que una barrera científica que parecía infranqueable empieza a resquebrajarse".

Inmunoterapia y anticuerpos biespecíficos

Asimismo, otro de los pilares del congreso han sido los avances en inmunoterapia, especialmente con la aparición de los anticuerpos biespecíficos.

"Otro de los grandes protagonistas del congreso ha sido la nueva generación de inmunoterapias. Los anticuerpos biespecíficos, capaces de actuar simultáneamente sobre dos mecanismos clave de progresión tumoral, representan una evolución natural de una estrategia que ya transformó la oncología hace una década", explica.

Estos avances abren nuevas posibilidades terapéuticas en distintos tumores, entre ellos el cáncer de pulmón, donde la combinación de precisión y eficacia adquiere especial relevancia.

Jesús García-Foncillas
Presidente de la Fundación ECO

"En ASCO 2026 hemos asistido a la consolidación de tendencias que redefinen la forma en la que entendemos la enfermedad"

Una comprensión integral del tumor

ASCO 2026 también ha reforzado la transición hacia una oncología cada vez más personalizada. En este sentido, García-Foncillas destaca que el concepto de medicina de precisión ha evolucionado significativamente.

"La medicina de precisión ya no consiste únicamente en identificar una mutación para seleccionar un tratamiento, sino que supone entender cada tumor desde su biología molecular y anticiparse a su evolución", apunta.

Dentro de este enfoque, la biopsia líquida continúa ganando protagonismo como herramienta clave para el diagnóstico precoz y el seguimiento de la enfermedad.

En este sentido, uno de los ámbitos que más interés ha generado en el congreso es la detección precoz multicáncer mediante análisis de sangre. Aunque aún en fase de consolidación, su potencial es notable.

"Especial interés han despertado también los avances en detección precoz multicáncer mediante análisis de sangre. Si los resultados observados hasta ahora se consolidan, podríamos estar ante una de las transformaciones más relevantes en salud pública oncológica de las próximas décadas", señala el experto.

Más allá de fármacos: tratar mejor al paciente

Para García-Foncillas, uno de los mensajes más importantes de ASCO 2026 es que la innovación no se limita al desarrollo de nuevos tratamientos, sino también a la optimización de los existentes.

"Una de las lecciones más valiosas de este ASCO ha sido recordar que innovar no significa únicamente añadir tratamientos. También significa tratar mejor", afirma.

En este sentido, la calidad de vida del paciente adquiere un papel central en la investigación clínica actual. "La calidad de vida, los resultados reportados por los propios pacientes y las estrategias de desescalada terapéutica ocupan un espacio cada vez más relevante en la investigación clínica", añade. El cambio de enfoque es claro: "La pregunta ya no es solo cuánto viven nuestros pacientes, sino cómo viven".

La conclusión del experto resume el espíritu del congreso: una disciplina en transformación que empieza a dar respuesta a retos históricos.

"Quizá esa sea la principal conclusión que deja ASCO 2026. Estamos iniciando una etapa en la que la innovación ya no se mide únicamente por la capacidad de prolongar la supervivencia, sino también por nuestra capacidad para comprender mejor la biología del cáncer, detectar antes la enfermedad y ofrecer tratamientos más precisos, más racionales y más humanos", destaca.

En este contexto, aunque los desafíos siguen siendo importantes, el balance es optimista. "La oncología sigue enfrentándose a enormes desafíos. Pero pocas veces un congreso había transmitido con tanta claridad la sensación de que algunas de las preguntas más difíciles empiezan, por fin, a encontrar respuesta", concluye García-Foncillas.

ES NOTICIA

Todas las claves del nuevo real decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

La normativa establece un sistema estatal para evaluar tecnologías sanitarias y agilizar las decisiones

JAVIER ALBERCA
Madrid

El Consejo de Ministros ha aprobado el RD de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), una norma que crea el marco para evaluar de forma coordinada medicamentos, productos sanitarios, pruebas diagnósticas, terapias digitales, procedimientos clínicos y nuevas formas de organización asistencial en el SNS. En este sentido, el objetivo del Ministerio sería regular cómo se evaluarán estas tecnologías cuando los informes sirvan de apoyo a decisiones públicas, aunque no tengan carácter vinculante.

TECNOLOGÍAS A EVALUAR

El nuevo marco abarca medicamentos y productos sanitarios; pruebas diagnósticas, procedimientos clínicos, terapias digitales, como apps para controlar la diabetes, y nuevas formas de organizar la atención sanitaria, como el seguimiento remoto de pacientes o la atención domiciliaria.

ADAPTACIÓN A EUROPA

Una clave del Real Decreto es que impide duplicar evaluaciones clínicas (sobre eficacia y seguridad) ya realizadas a nivel comunitario. La evaluación nacional se centrará en el valor añadido de las tecnologías y en aspectos no clínicos del contexto español: impacto económico, organizativo, social, ético y ambiental.

TRES PILARES DEL SISTEMA

El Sistema para la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias se articula en tres órganos. El Consejo de Gobernanza o Consejo de ETS, integrado en la Secretaría de Estado de Sanidad, será el máximo órgano de dirección: liderará la estrategia, supervisará el modelo y aprobará directrices técnicas coherentes con las políticas de salud y farmacia. Las oficinas de evaluación serán órganos independientes con autonomía funcional: una Oficina para la Evaluación de Medicamentos, como unidad funcional dentro de la AEMPS, y otra para Tecnologías Sanitarias no Farmacológicas, que asume la configuración de la RedETS. El Grupo para la Adopción de las Tecnologías Sanitarias actuará como puente entre la evaluación científica y los órganos decisores, como la CIPM, y realizará la valoración final sobre la posición relativa

de la tecnología en el esquema terapéutico.

PLAZOS DEFINIDOS

Para medicamentos hay un plazo de 90 días naturales para informes clínicos y otros 90 para los no clínicos; para tecnologías sanitarias no farmacológicas, 180 días naturales. Podrán ampliarse si hay reevaluaciones y, si existe una evaluación clínica conjunta de la Comisión Europea, el informe nacional clínico deberá emitirse en un máximo de 15 días desde su publicación. Este plazo contrasta con el acceso actual a la innovación farmacéutica en España. Según el último informe W.A.I.T., la disponibilidad de medicamentos innovadores ha bajado de 616 a 537 días, 79 menos.

CONSULTAS CIENTÍFICAS

La norma prevé consultas científicas voluntarias entre Administración y compañías desarrolladoras antes de la llegada al mercado, para orientar desde fases tempranas la investigación hacia las necesidades reales del SNS y facilitar que los productos lleguen con la evidencia necesaria para una evaluación más rápida. También refuerza el uso de datos clínicos de la práctica asistencial real para comprobar resultados a largo plazo, revisar periódicamente el valor de las tecnologías incorporadas y, si dejan de aportar beneficios frente a alternativas más eficaces o modernas, recomendar su retirada o sustitución.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El RD garantiza la participación sistemática de la sociedad en todas las etapas de evaluación, con especial papel de las organizaciones de pacientes. Esto permitirá incorporar a los análisis el impacto real en la calidad de vida, la usabilidad y facilidad de uso de las tecnologías, y la eliminación de barreras de accesibilidad que puedan condicionar el éxito de un tratamiento.

TRANSPARENCIA Y ÉTICA

Todos los intervinientes deberán actuar con independencia e imparcialidad. Para ello, deberán realizar declaraciones de intereses públicas y anuales, actualizarlas ante cualquier cambio y reiterarlas antes de cada reunión de trabajo. El texto prohíbe que los evaluadores tengan intereses en empresas desarrolladoras que puedan comprometer su objetividad. En caso de conflicto, habrá restricciones de participación. Además, la información sobre las intervenciones será accesible para la ciudadanía.

Estos son los plazos que establece el nuevo RD de ETS en cada proceso: el artículo 14

ANA SÁNCHEZ CAJA
Madrid

El Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), aprobado en Consejo de Ministros, ya se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE). Se trata de una norma que crea el primer marco estatal para evaluar de forma coordinada medicamentos, productos sanitarios, pruebas diagnósticas, terapias digitales, procedimientos clínicos y nuevas formas de organización asistencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Si nos adentramos en ella, en su artículo 14 establece los plazos máximos y el punto de partida del cómputo para la evaluación de medicamentos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias. Aunque el Ministerio de Sanidad informó de los plazos en días naturales, el texto finalmente publicado en el BOE establece su cómputo en días laborables.

En este sentido, el texto que recoge el BOE muestra que el inicio del procedimiento varía en función del tipo de tecnología evaluada. En el caso de los medicamentos de nueva autorización centralizada, el plazo comienza cuando el desarrollador comunica su intención de comercialización en España, tras la opinión positiva del Comité de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Europea de Medicamentos o la concesión del código nacional por la AEMPS, tomándose como referencia el hecho que ocurra antes.

Para otros medicamentos sujetos a evaluación comparada, el inicio se fija en la concesión del código nacional o en la decisión del Consejo de ETS de iniciar la evaluación. En el caso de nuevas indicaciones de medicamentos ya autorizados, el plazo comienza con la opinión positiva del comité europeo o la autorización de la nueva indicación por la AEMPS. En productos sanitarios de alto riesgo y diagnósticos in vitro, el cómputo arranca con la recepción de la documentación completa, mientras que en otras tecnologías sanitarias comienza con el acuerdo formal de inicio por parte del Consejo de ETS.

En cuanto a los plazos de evaluación, establece que el informe sobre aspectos clínicos de medicamentos y productos sanitarios para diagnóstico in vitro deberá finalizarse en un máximo de 70 días laborables desde el inicio del procedimiento, estableciéndose además que no podrá exceder de 15 días adicionales tras la publicación del informe por la Comisión Europea cuando proceda. En relación con el informe sobre aspectos no clínicos de estos dos grupos, recoge que deberá completarse en un plazo de 70 días desde la recepción del informe clínico. No obstante, especifica que ambos procesos podrán solaparse cuando la disponibilidad de aspectos parciales de la evaluación lo permita.

Para las tecnologías sanitarias no farmacológicas, el plazo total de evaluación se fija en 140 días, tanto para aspectos clínicos como no clínicos, mientras que las reevaluaciones deberán resolverse en un máximo de 50 días.

El RD contempla una posible ampliación de 25 días en los casos en los que sea necesario solicitar información adicional al desarrollador, quien dispondrá de 10 días para responder, con posibilidad de una ampliación justificada de hasta cinco días más. Por último, pacientes, cuidadores y expertos podrán participar mediante aportaciones a los proyectos de informe que no alterarán los plazos establecidos.

ES NOTICIA

¿Por qué es especialmente importante vacunar al adulto sano para que siga estando sano?

Javier Díez (FISABIO) señala que esta visión cobra relevancia en un contexto marcado por el envejecimiento

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

La vacunación de la población adulta atraviesa un momento de transformación. Durante año, las estrategias de inmunización en adultos se han centrado principalmente en prevenir las complicaciones graves, las hospitalizaciones y los fallecimientos en los grupos vulnerables. Sin embargo, la evidencia científica acumulada en los últimos años está impulsando un cambio de enfoque: las vacunas no solo protegen frente a enfermedades infecciosas, sino que también pueden contribuir a preservar la salud, retrasar el deterioro funcional y favorecer un envejecimiento más saludable.

Esta fue una de las principales claves de la jornada organizada por el Área de Investigación en Vacunas de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), 'VII Encuentro Expertos Vacunas Mediterráneo. Cómo proteger al adulto hoy, pensando en el mañana', que reunió en Valencia a investigadores, profesionales sanitarios, expertos en salud pública y responsables de la administración para analizar los retos actuales y futuros de la vacunación en adultos y personas mayores.

El encuentro, coordinado por Javier Díez Domingo, jefe del Área de Investigación en Vacunas de FISABIO, se estructuró en torno a cuatro grandes ejes: la generación de evidencia científica, la carga de la enfermedad y el valor de la prevención, la organización de los programas de vacunación y las estrategias políticas necesarias para mejorar las coberturas vacunales.

"Estas jornadas llevan realizándose varios años y la idea es homogeneizar ideas, pautas y reunir a médicos, enfermeras y personal sanitario interesado en la vacunología para actualizar la situación desde distintos puntos de vista: el investigador, el clínico y el de salud pública", explicó Díez Domingo.

ENVEJECIMIENTO

La conferencia inaugural estuvo dedicada al papel de la vacunación en el envejecimiento saludable, un concepto que atravesó buena parte de los debates celebrados durante la jornada.

Según explicó el coordinador del encuentro, las nuevas investigaciones están permitiendo comprender mejor el impacto que determinadas infecciones tienen sobre la salud de las personas mayores, más allá de los síntomas agudos tradicionalmente asociados a ellas.

"Hasta ahora se pensaba que la gripe es una enfermedad que te tiene una semana en la cama, que ocasionalmente hospitaliza y muy raramente mata. Pero lo que estamos viendo gracias a las grandes bases de datos es que tiene complicaciones muy importantes que hasta ahora no eran conocidas", señaló. Entre ellas, destacó la relación entre infecciones respiratorias como la gripe o el virus respiratorio sincitial (VRS) y el incremento del riesgo cardiovascular.

"Hoy sabemos que una infección por gripe o por VRS en una persona mayor puede producir infartos de miocardio. Un paciente puede llegar al hospital con un infarto y nadie sabría que la causa fue una infección respiratoria previa", indicó.

La investigación también está aportando datos novedosos sobre el impacto de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación. En este sentido, Díez destacó los resultados obtenidos con la vacunación del herpes zóster: "Se ha visto que la vacunación del herpes zóster retrasa bastante el diagnóstico de demencia porque disminuye una inflamación cerebral que acelera el desarrollo de estas patologías", explicó.

A su juicio, estas evidencias obligan a replantear la forma en que se comunica el valor de la vacunación en las personas mayores.

EL FOCO

Para el investigador, el gran cambio de paradigma consiste en dejar de presentar las vacunas únicamente como una herramienta para evitar la mortalidad en personas frágiles.

"Hasta ahora se vende la vacunación del adulto como vacunar a los débiles para protegerlos de la mortalidad. Mi paradigma es distinto: voy a vacunar a los sanos para que no se deterioren", afirmó.

El objetivo, añadió, es retrasar la aparición de dependencia y mantener durante más tiempo la autonomía funcional de las personas mayores. "Voy a vacunar al sano para que siga sano. Igual que recomendamos hacer ejercicio o mantener una buena alimentación, la vacunación debe considerarse una herramienta más de promoción de la salud", señaló.

Esta visión cobra especial relevancia en un contexto marcado por el progresivo envejecimiento de la población. Tal y como advirtió el experto, "dentro de unos años vamos a tener muchísimas más personas mayores. Si seguimos al mismo ritmo, los sistemas sociales y sanitarios no van a poder cubrir todas las necesidades. No habrá suficientes recursos para atender a todas las personas dependientes".

Por ello, considera que la prevención debe convertirse en una prioridad estratégica para garantizar la sostenibilidad futura de los sistemas de salud y de atención social.

A pesar de los avances registrados en los calendarios de vacunación del adulto y de la disponibilidad de nuevas herramientas preventivas, los expertos reunidos en la jornada coincidieron en que todavía existe un importante margen de mejora en las coberturas vacunales.

MEJORAR COBERTURAS

"Tenemos unas coberturas vacunales que no están mal, pero deben mejorar. Si nuestro objetivo es mejorar la salud poblacional, debemos aumentar claramente esas coberturas", afirmó Díez. Sin embargo, uno de los obstáculos identificados es precisamente la percepción de riesgo entre la población adulta: "Mucha gente mayor no se vacuna porque se considera sana. Si estoy sano, ¿para qué me voy a vacunar? La respuesta es precisamente para seguir sano", explicó.

El experto insistió en promover un doble cambio de mentalidad: entre la ciudadanía, que debe entender la vacunación como una inversión en salud futura, y entre los políticos, que deben considerar la prevención como inversión y no un gasto.

INVERSIÓN RENTABLE

La jornada abordó el impacto económico de las estrategias preventivas y su potencial para reducir costes sanitarios a medio y largo plazo. "Hay un estudio muy importante que demuestra que, en las personas mayores, por cada euro invertido en vacunas se evitan 19 euros en gastos", destacó el experto. A su juicio, esta evidencia refuerza la necesidad de apostar decididamente por la prevención.

"Todavía hay quien ve la vacunación de la persona sana como un gasto. Pero lo cierto es que cuanto más inviertas en prevención, menos tendrás que gastar en tratamiento", afirmó.

Como ejemplo de este cambio de enfoque, mencionó las recientes medidas impulsadas en Italia para incrementar la financiación de programas preventivos, tanto en vacunación como en cribados y detección precoz.

Uno de los temas analizados fue el papel de las vacunas potenciadas en la población mayor. Estas formulaciones, diseñadas específicamente para compensar el envejecimiento del sistema inmunitario, pueden incorporar adyuvantes o una mayor concentración de antígeno para generar una respuesta inmune más robusta.

"Las vacunas adyuvadas y las de alta dosis tienen una efectividad relativa superior a la de las vacunas convencionales", explicó Díez Domingo. En el caso del herpes zóster, destacó la duración de la protección conseguida con las vacunas adyuvadas disponibles: "Tenemos datos de seguimiento de más de diez años y la protección sigue siendo altísima. Esperamos incluso que pueda mantenerse durante toda la vida en algunos casos".

Según señaló, España ocupa una posición favorable en cuanto a recomendaciones y acceso a vacunas de última generación. Sin embargo, insistió en que disponer de buenas herramientas no es suficiente si no se utilizan.

"Tenemos muy buenas vacunas, pero son muy buenas solo cuando están en el brazo. Si están en la nevera, no sirven para nada", resumió.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

"La logística se ha convertido en un componente esencial dentro de la seguridad sanitaria global"

CLAUDIA ROA, president Global Sector Life Sciences & Healthcare de DHL

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

Pregunta. La logística ya no es solo un soporte operativo, sino un "habilitador estratégico", como usted lo definió, para la innovación en salud. ¿Cómo cambia este escenario el rol en materia sanitaria que juegan compañías como DHL?

Respuesta. La logística sanitaria ha dejado de ser una función puramente operativa para convertirse en un elemento crítico dentro de todo el ecosistema de salud. Hoy, la capacidad de llevar un tratamiento al paciente en el momento adecuado, en las condiciones correctas y con total trazabilidad, es tan importante como el propio desarrollo del medicamento.

Esto cambia profundamente nuestro papel. Ya no hablamos únicamente de mover productos de un punto A a un punto B, sino de diseñar cadenas de suministro resilientes, inteligentes y altamente especializadas, capaces de responder a entornos regulatorios complejos, productos extremadamente sensibles y necesidades clínicas cada vez más personalizadas.

Además, la pandemia puso de manifiesto que la logística es un componente esencial de la seguridad sanitaria global. Desde entonces, vemos una mayor conciencia por parte de gobiernos, laboratorios y sistemas sanitarios sobre la necesidad de contar con redes robustas, capacidad de reacción y visibilidad de extremo a extremo. Ahí es donde compañías como DHL aportamos valor estratégico, combinando infraestructura global, experiencia regulatoria y capacidades tecnológicas avanzadas.

P. Con el auge de las terapias avanzadas, ya sean celulares o génicas y la medicina personalizada, la cadena de suministro del medicamento se vuelve mucho más compleja y delicada. ¿Qué innovaciones está implementando DHL para asegurar que estos tratamientos tan sensibles lleguen de forma segura al paciente? ¿Dónde están hoy los principales riesgos operativos?

R. Las terapias celulares y génicas representan probablemente uno de los mayores desafíos logísticos de la historia reciente del sector Farma. En muchos casos hablamos de tratamientos únicos, de altísimo valor y con ventanas temporales extremadamente reducidas. Un retraso o una desviación térmica puede hacer inviable el tratamiento.

Para responder a este nuevo escenario estamos desplegando soluciones altamente especializadas: monitorización en tiempo real, sensores IoT, sistemas predictivos, embalajes avanzados para ultracongelación y redes globales de cadena de frío con capacidad para operar en distintos rangos de temperatura, incluidos entornos criogénicos.

> "Observamos una tendencia creciente hacia la regionalización de inventarios críticos"

> "La demanda de soluciones de cadena de frío está creciendo de forma acelerada"

Además, estamos ampliando significativamente nuestra infraestructura sanitaria global. Recientemente anunciamos una importante expansión de nuestra red de cadena de frío para reforzar las capacidades de almacenamiento y distribución sanitaria a nivel internacional, precisamente para responder al crecimiento de medicamentos biológicos, vacunas y terapias avanzadas.

Los principales riesgos operativos hoy están relacionados con la volatilidad geopolítica, las disrupciones de transporte, la creciente complejidad regulatoria y la necesidad de garantizar visibilidad absoluta de extremo a extremo. Por eso la resiliencia y la capacidad de anticipación son ya elementos centrales de cualquier cadena de suministro sanitaria.

P. ¿Cómo está adaptando DHL su red de transporte y almacenamiento para cumplir con las exigencias extremas de temperatura que requieren estos productos? Y en ese contexto, ¿cómo equilibran el control térmico con los objetivos de reducción de emisiones?

R. La demanda de soluciones de cadena de frío está creciendo de forma muy acelerada en todo el mundo. Estamos viendo cómo productos sensibles a temperatura controlada llegan cada vez a más mercados y requieren infraestructuras mucho más avanzadas.

En DHL Health Logistics contamos con una red global especializada en Life Sciences & Healthcare con más de 120 centros certificados en más de 40 países y miles de profesionales dedicados exclusivamente al sector sanitario. Nuestra estrategia pasa por ampliar capacidades de almacenamiento refrigerado y ultracongelado, reforzar la monitorización en tiempo real y aumentar la redundancia operativa para minimizar riesgos.

Pero esta evolución debe hacerse también desde una perspectiva sostenible. En DHL entendemos que el crecimiento de la logística sanitaria no puede desvincularse de la descarbonización. Por eso estamos incorporando energías renovables en instalaciones, optimizando rutas mediante inteligencia artificial, utilizando combustibles sostenibles y avanzando en electrificación de flotas allí donde es viable.

El reto está en equilibrar dos prioridades críticas: proteger la integridad del medicamento y reducir el impacto ambiental. Y creemos que ambas cosas son compatibles mediante innovación tecnológica y planificación inteligente.

P. La distribución es un elemento clave a la hora de garantizar la seguridad y autonomía estratégica de un país en materia sanitaria. En un entorno con riesgos de suministro y crecientes tensiones geopolíticas, ¿cómo garantiza DHL la continuidad del suministro de medicamentos críticos ante una crisis global inesperada?

R. La resiliencia se ha convertido en una prioridad absoluta. Hoy las compañías sanitarias buscan cadenas de suministro más flexibles, regionalizadas y con mayor capacidad de adaptación.

Desde DHL Health Logistics trabajamos con modelos de redundancia operativa, diversificación de rutas y proveedores, capacidades multimodales y sistemas avanzados de visibilidad que permiten reaccionar rápidamente ante cualquier disrupción.

También observamos una tendencia creciente hacia estrategias de nearshoring y regionalización de inventarios críticos, especialmente en Europa. España, por su posición geográfica y sus infraestructuras logísticas, puede desempeñar un papel muy relevante como hub estratégico entre Europa, América Latina y África.

P. El Grupo está inmerso en un plan de inversión de 2.000 millones entre 2025 y 2030 para reforzar sus capacidades en logística sanitaria. ¿Qué peso tiene el mercado español en la estrategia global de Life Sciences & Healthcare de la compañía?

R. España es un mercado estratégico para DHL tanto por su capacidad industrial y farmacéutica como por su posición logística dentro de Europa.

El país cuenta con infraestructuras muy competitivas, conexiones internacionales sólidas y un ecosistema farmacéutico muy dinámico, especialmente en áreas como biotecnología, ensayos clínicos y producción de medicamentos.

Además, España tiene un enorme potencial como plataforma logística sanitaria para el sur de Europa y otros mercados internacionales. Por eso seguimos reforzando nuestras capacidades locales en transporte especializado, almacenamiento a temperatura controlada y soluciones digitales.

Desde una perspectiva global, vemos a España como un mercado con gran capacidad de crecimiento dentro del sector Life Sciences & Healthcare y como un punto estratégico dentro de la evolución de las cadenas de suministro sanitarias internacionales.

ACCEDE A LA ENTREVISTA COMPLETA

ES NOTICIA

La IA como aliada estratégica para rescatar la Atención Primaria de la saturación burocrática

En el 32º Congreso de la SEMG se apostó por la IA para recuperar el tiempo dedicado al paciente y al juicio clínico

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Oviedo

El Palacio de Congresos de Oviedo ha acogido, entre los días 11 y 13 de junio de 2026, el 32º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), un evento que ha marcado un punto de inflexión en la hoja de ruta tecnológica de la medicina de primer nivel en España. Bajo el lema "Raíz, alma, futuro", la cita ha servido para posicionar a la Inteligencia Artificial (IA) no como una simple promesa técnica, sino como una aliada estratégica imprescindible para combatir la asfixiante saturación que atraviesa actualmente la Atención Primaria. La gran innovación de esta edición ha sido, sin duda, la puesta en marcha del Hub Tecnológico SEMG, un espacio de evaluación clínica activa diseñado para que los facultativos dejen de ser meros receptores pasivos de tecnología y se conviertan en evaluadores críticos de herramientas que prometen revolucionar su práctica diaria.

En este entorno de debate, la figura de César Dilú, integrante del Grupo de Salud Digital de la SEMG, ha destacado por liderar una visión profundamente humanista de la digitalización. Dilú defiende que la tecnología, para ser realmente útil, debe poseer "alma" y trabajar siempre en un discreto segundo plano, con el objetivo irrenunciable de proteger la relación médico-paciente y garantizar la equidad asistencial en todo el territorio. Según su planteamiento, la IA no debe entenderse como un sustituto del profesional, sino como un "borrador supervisado" capaz de aligerar la carga burocrática que hoy resulta insoportable para el sistema.

Cesar Dilú durante una charla sobre el uso de la IA en las consultas de Atención Primaria.

EL RETO FORMATIVO

Uno de los diagnósticos más reveladores presentados durante el congreso es la situación actual del médico de familia español en la curva de adopción tecnológica. Según Dilú, nos encontramos en una fase de mayoría temprana, pero caracterizada por una adopción asimétrica, dispersa y, en muchos casos, desordenada. Una encuesta en curso de la SEMG sobre el uso de la IA en Atención Primaria indica que una proporción creciente de profesionales ya utiliza estas herramientas para tareas como la búsqueda de información, la síntesis documental o la redacción de informes. Sin embargo, la mayoría lo hace sin el respaldo de una formación reglada o un marco institucional claro, un fenómeno que el Grupo de Salud Digital ha etiquetado como "IA en la sombra".

Para corregir esta tendencia, la SEMG aboga por profesionalizar el uso de la IA mediante formación acreditada, una gobernanza de datos robusta y la integración de estas soluciones directamente en el flujo clínico. El objetivo es que la IA actúe como una capa de apoyo trazable y siempre supervisada, donde el juicio médico permanezca como el centro de toda decisión. Dilú enfatiza que es fundamental atraer proyectos piloto a la Atención Primaria para realizar validaciones específicas en este nivel asistencial, evitando que la innovación se quede estancada exclusivamente en el ámbito hospitalario.

APLICABILIDAD

El Hub Tecnológico (HT) ha sido el escenario donde se han testado herramientas con un potencial de retorno inmediato para el facultativo. La selección

SEMG aboga por la formación acreditada, una gobernanza de datos robusta y la integración de estas soluciones directamente en el flujo clínico

de estas tecnologías no se ha basado en su espectacularidad, sino en criterios estrictos de aplicabilidad real, validación clínica y cumplimiento regulatorio, siguiendo normativas como el MDR, el RGPD y el EU AI Act. Las soluciones con mayor impacto son aquellas que atacan directamente la carga documental, la cual consume actualmente entre un tercio y la mitad del tiempo de una consulta de Atención Primaria.

Entre las herramientas destacadas se encuentran los escribas clínicos y asistentes de voz capaces de estructurar la entrevista médica en tiempo real, así como sistemas que transforman información dispersa en informes accionables. También han tenido un papel protagonista las plataformas de seguimiento remoto que, lejos de multiplicar las alertas de forma caótica, son capaces de priorizarlas para facilitar la gestión del paciente crónico. Como afirma Dilú, una herramienta que logre devolver diez minutos de tiempo efectivo por jornada tiene más valor clínico que cualquier promesa tecnológica revolucionaria.

PROMPTS Y DATOS

En las sesiones técnicas tituladas "Llévate la IA a casa", se ha profundizado en el diseño de prompts clínicos eficaces. Estos deben contar con cinco componentes esenciales: rol, tarea, contexto, restricciones y formato de salida. Sin embargo, Dilú advierte que la verdadera diferencia en seguridad la marcan dos factores: la inclusión de reglas anti-alucinación (indicando al modelo que no invente datos) y la exigencia de salidas concretas y breves que sean directamente integrables en la historia clínica.

Una condición previa e innegociable es la anonimización reproducible de cualquier dato antes de ser introducido en modelos de IA. Para garantizar la privacidad, la SEMG propone una matriz de seguridad de cuatro niveles: prohibición de datos identificables en modelos generalistas, anonimización que evite la reidentificación por variables cruzadas (como edad, profesión o localidad), verificación institucional del contrato con el proveedor y un límite funcional claro que impida el uso de IA externa para diagnóstico autónomo o triaje sin validación como producto sanitario.

EQUIDAD Y PRESCRIPCIÓN

El congreso también ha abordado la integración de las terapias digitales en el seguimiento de pacientes crónicos. Dilú propone que la prescripción de una aplicación o herramienta digital siga la misma lógica que la de un fármaco: debe haber una indicación clínica clara, un consentimiento informado y un proceso de "titulación" o activación acompañada en la consulta. Para evitar que la tecnología profundice la brecha de desigualdad, especialmente en entornos rurales o en población envejecida, se recomiendan tres salvaguardas: evaluar la competencia digital del paciente, garantizar soporte técnico externo y mantener siempre la alternativa no digital con equivalencia asistencial. La "desprescripción digital" se presenta así como una alternativa necesaria cuando la herramienta genera ansiedad o dependencia.

GOBERNANZA ÉTICA

La fragmentación del sistema sanitario español es otra de las preocupaciones centrales. Dilú advierte sobre el riesgo real de avanzar a "17 velocidades distintas" en salud digital, lo que generaría desigualdades territoriales y duplicidades en la compra pública. La Declaración de Oviedo, emanada de este congreso, insta a aprovechar la ventana de oportunidad que abren el EU AI Act y el Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EHDS) para converger en estándares nacionales de interoperabilidad, como el HL7/FHIR.

De cara al futuro, la tecnología que se espera que se estandarice primero es el resumen inteligente de la historia clínica, una herramienta que ordena antecedentes, medicación y tareas pendientes, permitiendo al médico recuperar el tiempo para la mirada compartida. El mensaje final del congreso es de esperanza y exigencia: la IA solo será "salud" si logra trabajar en segundo plano, devolviendo al facultativo el juicio clínico y la capacidad de escucha.

MARTA VILLANUEVA, **directora general de la Fundación IDIS**

"El verdadero reto para incorporar la IA en sanidad es organizativo y estratégico"

CLAUDIA VAQUERO REINA
Madrid

La directora general de la Fundación IDIS, Marta Villanueva, analiza en una entrevista con Gaceta Médica las claves de la primera fase de su proyecto estratégico de Inteligencia Artificial.

Pregunta. La primera fase de NEXO IA acaba de concluir. ¿Qué principales aprendizajes se han extraído sobre el grado de preparación del sector sanitario privado ante la incorporación de la inteligencia artificial?

Respuesta. El objetivo principal de la primera fase de NEXO IA ha sido proporcionar una radiografía clara y fundamentada del estado actual del sector en cuanto al uso de la inteligencia artificial (IA). Para ello, se ha realizado un análisis tanto cualitativo como cuantitativo con datos de las 45 entidades participantes en el proyecto extrayendo información realmente relevante.

Entre los aprendizajes obtenidos, se observa que el verdadero desafío para incorporar la Inteligencia Artificial no es principalmente tecnológico, sino organizativo y de enfoque estratégico.

Hemos identificado varias barreras estructurales que dificultan su adopción plena. Muchas iniciativas todavía se desarrollan como proyectos aislados o pilotos tácticos, sin integración clara en los procesos estratégicos. La calidad, gobernanza e interoperabilidad de los datos siguen presentando limitaciones importantes, lo que dificulta la creación de soluciones de IA confiables a gran escala.

Además, medir el impacto real y el retorno de la inversión continúa siendo un reto, lo que genera prudencia al plantear proyectos a largo plazo. La complejidad regulatoria y las exigencias de cumplimiento introducen incertidumbre, ralentizando el despliegue clínico. Por último, la adopción por parte de los profesionales y la gestión del cambio cultural representan una limitación a superar, ya que factores como la sobrecarga asistencial o la percepción de riesgo condicionan una aceptación desigual.

En esta primera fase de evaluación hemos comprobado que el sector se encuentra en un nivel de madurez medio "En desarrollo", con una amplia variabilidad entre los distintos actores de la sanidad privada.

En definitiva, este análisis nos ha confirmado que existe una oportunidad enorme para evolucionar hacia modelos más estructurados, coordinados y colaborativos, capaces de integrar la IA de manera efectiva en todo el recorrido asistencial.

P. Desde el inicio del proyecto han insistido en la importancia de la gobernanza, la ética y la cocreación. ¿Por qué considera que estos elementos serán determinantes para que la IA aporte un valor real al sistema sanitario y a los pacientes?

R. La IA solamente tendrá un verdadero sentido si se desarrolla con criterio, evidencia y responsabilidad, siempre al servicio de las personas y de los pacientes. Para que este valor se materialice, la gobernanza de los datos es un pilar innegociable: sin una estructura clara, la información existe, pero no genera la confianza necesaria ni puede sustentar decisiones clínicas o soluciones a gran escala. Estamos convencidos de que el mayor desafío que enfrentamos está precisamente en esta gobernanza, en la interoperabilidad y, sobre todo, en la generación de confianza.

La ética y la regulación son igualmente esenciales para asegurar que la implementación de estas herramientas sea segura y responsable. La tecnología no debe reemplazar al profesional sanitario, sino potenciar su trabajo, liberando tiempo para dedicarlo al contacto directo con el paciente.

Finalmente, la cocreación resulta determinante para superar la fragmentación del sector. A través del trabajo colaborativo es posible generar un lenguaje común, compartir criterios de priorización y construir referencias compartidas. Esta transferencia estructurada de aprendizajes acelerará el éxito, evitando que cada organización deba recorrer de manera aislada el mismo camino y cometer los mismos errores.

P. ¿Cuáles serán las prioridades de la siguiente fase de NEXO IA y qué impacto esperan empezar a generar en las organizaciones participantes?

R. Tras concluir la fase inicial de "NEXO IA - Start", damos paso a "NEXO IA Lab", un espacio de cocreación que reúne a todos los participantes con un propósito común: que el desarrollo de capacidades del sector acompañe de manera natural todo el recorrido asistencial del paciente. En esta nueva etapa, nos centramos en tres áreas clave del flujo clínico. Primero, el contacto y acceso, aprovechando la IA para orientar el inicio del recorrido del paciente y anticipar sus necesidades. Segundo, el diagnóstico y tratamiento, integrando la IA como apoyo en los flujos de trabajo, siempre reforzando y preservando el juicio clínico de los profesionales. Y tercero, el seguimiento y la recuperación, anticipando riesgos y facilitando un seguimiento proactivo y coordinado que asegure la continuidad asistencial..

> **"La primera fase de NEXO IA ha proporcionado una radiografía del estado actual del sector en cuanto al uso de la inteligencia artificial"**

P. El informe sitúa al sector en un nivel de madurez "en desarrollo", con un índice global de 59,2 puntos. ¿Qué lectura hacen de este resultado: es un punto de partida sólido o todavía refleja un grado de madurez más incipiente de lo esperado?

R. Hacemos una lectura muy positiva porque se trata de un punto de partida sólido que demuestra que la sanidad privada ya tiene tracción real y casos de uso en marcha. Un índice global de 59,2 puntos (que asciende a 60,6 si incluimos a la industria de servicios) nos sitúa en la categoría de "En desarrollo", lo que significa que las organizaciones ya han superado la fase puramente teórica y cuentan con primeras capacidades internas y casos de uso operativos.

No obstante, somos conscientes de que aún existen brechas importantes, especialmente en la capacidad de escalar estos proyectos y medir su impacto a largo plazo. Por tanto, este 59,2 nos indica que estamos ante una oportunidad clara para evolucionar desde un enfoque de pilotos tácticos hacia modelos mucho más estructurados, coordinados y colaborativos.

P. El informe muestra diferencias claras de madurez entre subsectores (aseguradoras, farmacéuticas, sociosanitario…). ¿Cómo se puede evitar que la IA amplíe estas diferencias en lugar de reducirlas?

R. Es cierto que nuestro análisis segmentado revela una amplia variabilidad: mientras la industria farmacéutica y las aseguradoras alcanzan niveles de madurez más altos (74,6 y 71,3 puntos respectivamente), el sector sociosanitario o los grupos hospitalarios presentan índicesde 35,6 y 53,0 puntos.

Muchas organizaciones están abordando los mismos problemas desde puntos de partida distintos y con esfuerzos redundantes. La clave de NEXO IA es la colaboración intersectorial y la transferencia estructurada de aprendizajes.

Por ello, nuestro proyecto crea un espacio común de referencia donde podemos compartir experiencias, generar un lenguaje común y construir casos de uso compartidos. De esta forma, las organizaciones podrán aprovechar los aprendizajes y las condiciones de éxito ya identificadas, evitando que cada entidad tenga que recorrer el mismo camino de forma aislada.

P. ¿Cómo van a medir el impacto real de la IA en resultados clínicos, eficiencia y experiencia del paciente?

R. Sabemos que una de las grandes barreras actuales es precisamente la dificultad para medir el impacto real y justificar el retorno de la inversión, lo que a menudo frena el paso de los pilotos a la operación clínica.

Por ello, tras la fase de diagnóstico inicial, hemos estructurado la fase "NEXO IA Lab", donde la medición del impacto se realizará a través de grupos de trabajo y de tres líneas transversales claras: la experiencia del paciente, el valor operativo (calidad y eficiencia) y el nivel de transformación profunda de los procesos.

Todo esto culminará en la fase "NEXO IA - Impact", diseñada específicamente para garantizar que las soluciones adoptadas generen un valor tangible e identificable, demostrando resultados reales.

ACCEDE A LA ENTREVISTA COMPLETA

ES NOTICIA

Estatuto Marco: alegaciones y huelga indefinida para septiembre como respuesta al nuevo texto

El Comité de Huelga denuncia la "ausencia total de propuestas" por parte de Sanidad y exige un estatuto propio

MARCOS YEBRA FERNÁNDEZ
Madrid

La sanidad española se adentra en un terreno de incertidumbre sin precedentes, después de que el Comité de Huelga, que agrupa a las principales fuerzas sindicales del sector (CESM, AMYTS, SMA, SME, O'MEGA y Metges), anunciara, en la manifestación frente al Ministerio de Sanidad, una decisión que marcará el calendario asistencial de los próximos meses: la convocatoria de una huelga indefinida que dará comienzo una vez finalice el periodo estival, con movilizaciones que comenzarán a lo largo del mes de septiembre.

Esta resolución supone un salto cualitativo en el conflicto laboral que mantiene el colectivo médico con el Ministerio de Sanidad. La noticia llegaba en un momento de alta tensión, coincidiendo con el arranque de la quinta semana de huelga nacional en lo que va de año 2026. Para visibilizar el malestar, miles de profesionales procedentes de todos los puntos de la geografía española se concentraron en Madrid, manifestando su rechazo frontal a la actual reforma del Estatuto Marco.

Los líderes de los sindicatos médicos durante la última concentración frente al Ministerio de Sanidad.

VÍA NEGOCIADORA AGOTADA

La decisión de elevar la protesta al grado de indefinida no ha sido repentina. Según explican las organizaciones que integran el Comité —la CESM, el Sindicato Médico Andaluz (SMA), Metges de Catalunya, AMYTS (Madrid), el Sindicato Médico de Euskadi (SME) y O'MEGA (Galicia)—, esta medida es la respuesta directa a lo que califican como una "ausencia total de propuestas" por parte de los responsables gubernamentales.

Los representantes sindicales denuncian un "nulo avance" en las conversaciones y critican el "empeño del Ministerio en seguir adelante con la tramitación del nuevo texto legal sin realizar modificaciones sustanciales que atiendan a las necesidades del colectivo". Ante este escenario de parálisis administrativa, los sindicatos consideran que "la movilización es la única herramienta restante para forzar un cambio de rumbo".

ANTESALA DEL CONFLICTO

La elección estratégica de posponer el inicio de la huelga indefinida hasta después del verano responde a la delicada situación que atraviesan los centros sanitarios durante julio y agosto. El Comité de Huelga ha subrayado que "el periodo estival ya es, de por sí, extremadamente complejo debido a la escasez de suplencias y lo exiguo de las plantillas médicas en activo".

Esta falta de personal genera una sobrecarga asistencial que dificulta que los facultativos puedan disfrutar de su descanso vacacional preceptivo. Los sindicatos advierten que, si durante estos meses de máxima presión no se produce un acercamiento real por parte de la Administración, en septiembre se hará público el formato definitivo de la huelga indefinida y el resto de medidas de presión adicionales.

LA HOJA DE RUTA

Para que el conflicto se desactive, el Comité de Huelga exige que el nuevo marco normativo recoja cinco pilares básicos.

- Estatuto propio. La creación de una normativa específica para el personal médico y facultativo que sea coherente con su elevado nivel de formación y su responsabilidad clínica y legal.
- Negociación diferenciada. El establecimiento de un ámbito de negociación propio que cuente con garantías jurídicas reales, evitando que las condiciones laborales de los médicos se decidan en mesas generales donde su representatividad se diluye.
- Jornada de 35 horas y jubilación. La implementación efectiva de la jornada de 35 horas, garantizando que el exceso de horas trabajadas sea reconocido, retribuido y, fundamentalmente, computable a efectos de la jubilación.
- Recategorización profesional. Una clasificación justa que se ajuste al nivel formativo de los facultativos y a la complejidad de su labor diaria.
- Jubilación flexible. Un modelo que permita un retiro flexible y sin penalizaciones económicas, reconociendo oficialmente la penosidad que conlleva el ejercicio de la medicina.

SIN APOYOS

A pesar de la contundencia de las medidas, el Comité insiste en que su voluntad sigue siendo el diálogo. Durante los últimos meses, han solicitado reuniones no solo con el Ministerio de Sanidad, sino también con los grupos políticos del arco parlamentario y con los responsables de las carteras de Hacienda, Trabajo y Función Pública, dado que la norma en disputa afecta a competencias transversales del Estado. Sin embargo, lamentan que ninguna de estas instituciones ha atendido sus reivindicaciones hasta la fecha.

Como medida de presión inmediata, las organizaciones sindicales han manifestado su apoyo al creciente número de profesionales que está optando por dejar de realizar cualquier tipo de actividad extraordinaria voluntaria. Esta "huelga de celo" en las tareas no obligatorias busca evidenciar la dependencia del sistema de la buena voluntad de los facultativos.

En un comunicado final, los sindicatos han querido expresar su pesar por los inconvenientes que esta escalada del conflicto pueda generar en la atención a los ciudadanos. No obstante, recalcan que el objetivo último de sus demandas es mejorar las condiciones de ejercicio profesional para "garantizar la mayor calidad asistencial y la máxima seguridad clínica" en el Sistema Nacional de Salud, argumentando que un profesional exhausto y mal reconocido representa un riesgo para la propia seguridad del paciente.

EL MODELO MÉDICO

Este anuncio de huelga no es un movimiento aislado, sino la consecuencia del rechazo absoluto a la propuesta ministerial. Solo unos días antes del anuncio de parón, sindicatos como la CESM y el SMA presentaron una enmienda a la totalidad de facto mediante un exhaustivo documento que detalla las claves de lo que consideran "un estatuto justo". Los facultativos han instado a sus compañeros a presentar alegaciones individuales antes del 26 de junio, fecha en la que termina el periodo de audiencia pública.

NEGOCIACIÓN Y A1 PLUS

La columna vertebral de la contrapropuesta es la especificidad. Los médicos exigen una Mesa Sectorial de Negociación propia en cada servicio de salud (para organizaciones con al menos un 10% de representación) y un ámbito nacional en el Ministerio con reuniones semestrales. Buscan dejar de ser una voz minoritaria en mesas generales que diluyen sus problemas particulares.

En cuanto a la carrera profesional, la propuesta es disruptiva: el A1 Plus o Grupo 9. Ante la formación de más de una década exigida a un médico, proponen una reclasificación basada en el nivel 7 del MECU (equivalente a máster), lo que implicaría un complemento de destino único de nivel 28 para todo el personal facultativo y una mejora salarial inmediata en sueldo base y trienios.

JORNADA Y GUARDIAS

El documento técnico define la jornada ordinaria como 35 horas semanales de lunes a viernes, preferentemente de 8:00 a 15:00 horas. Todo lo que exceda este límite sería voluntario y retribuido de forma extraordinaria. La guardia, tradicionalmente obligatoria, se redefine como un exceso de jornada voluntario destinado exclusivamente a urgencias. Las propuestas incluyen una retribución digna, apuntando a que el valor de la hora de guardia no puede ser inferior a la ordinaria; las imprevistas deben pagarse al doble; descansos blindados, tras 24 horas de guardia (solo con consentimiento), el médico tendría derecho a dos días de descanso computados como trabajo efectivo, mientras los mayores de 50 años o profesionales con problemas de salud podrían dejar las guardias sin pérdida retributiva.

CARGA LABORAL

Por primera vez, se introduce el concepto legal de "carga laboral excesiva". Se consideraría sobrecarga superar el promedio de pacientes pactado en agendas o realizar más de cuatro guardias al mes. Si esta situación dura más de tres me-

ses, las unidades de prevención deben intervenir e informar a la Inspección de Trabajo, pudiendo incluso los centros docentes perder su acreditación para formar residentes.

Además, exigen el 100% de las retribuciones durante incapacidades temporales, permisos de maternidad/paternidad y vacaciones, incluyendo la media de lo percibido por guardias en meses anteriores.

JUBILACIÓN Y LIDERAZGO

Los médicos reclaman una jubilación flexible y anticipada mediante coeficientes reductores que premien la penosidad de las guardias y los turnos nocturnos. A la vez, defienden la opción de prolongar la actividad hasta los 70 años si es voluntario.

En el ámbito de la gestión, el mensaje es claro: el liderazgo clínico debe ser ejercido por médicos. Exigen que cualquier cargo directivo con responsabilidad sobre facultativos sea médico, y que los tribunales de oposiciones estén formados por profesionales de la misma especialidad para evitar la arbitrariedad.

Finalmente, la contrapropuesta aborda la compatibilidad con la sanidad privada. Los sindicatos exigen que se elimine la penalización económica por trabajar en ambos sectores, garantizando que los servicios de salud compensen íntegramente la pérdida del complemento de exclusividad para que no exista brecha salarial.

Con este documento sobre la mesa y una huelga indefinida en el horizonte, el Ministerio de Sanidad se enfrenta al reto de decidir si integra estas demandas o se arriesga a un colapso del sistema tras el verano. Los médicos lo tienen claro: no aceptarán una "pérdida de especificidad inaceptable"

MIR 2026: el estreno de la repesca logra asignar todas las plazas

MARCOS YEBRA
Madrid

El Ministerio de Sanidad cerró la primera edición de la adjudicación extraordinaria de plazas, completando 441 plazas vacantes de la conocida como repesca. Este movimiento no es solo un trámite administrativo; es una operación de rescate de talento para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que logra así asignar el 100% de los recursos formativos que habían quedado en el limbo tras la fase ordinaria.

De las plazas totales, el MIR (Medicina) ha sido el protagonista absoluto, concentrando 312 vacantes, lo que representa casi siete de cada diez puestos ofertados en este turno de última hora.

Si hay una cifra que define esta convocatoria es el número 240. Esa es la cantidad de plazas de Medicina Familiar y Comunitaria que han tenido que ser adjudicadas en esta segunda vuelta, representando más de la mitad de toda la oferta extraordinaria. Para el Ministerio de Sanidad, esta especialidad sigue siendo el mayor reto de cobertura, ya que su déficit impacta directamente en la línea de flotación de la Atención Primaria.

A pesar de este volumen, la repesca ha permitido que centros de referencia nacional no se queden con huecos vacíos. Es llamativo, por ejemplo, ver cómo la Comunidad de Madrid, a pesar de su alta demanda, ha cubierto 32 plazas en este proceso, destacando vacantes de Medicina de Familia en hospitales de élite como el 12 de Octubre o La Paz, que en este turno extraordinario estaban limitadas precisamente a esta especialidad.

Uno de los aspectos más sorprendentes de la resolución de hoy es la adjudicación de plazas en especialidades que, tradicionalmente, se agotan en las primeras jornadas del proceso ordinario. Según los informes técnicos, estas vacantes suelen aparecer por «no incorporación» de última hora o fallos administrativos de los aspirantes iniciales.

Entre los nuevos destinos adjudicados destacan:

- Anestesiología y Reanimación. Se han cubierto 2 plazas, una en Alicante y otra en Cataluña.
- Oftalmología. Una vacante en Sant Joan de Alacant ha encontrado finalmente dueño.
- Neurocirugía. Una de las plazas más cotizadas, situada en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Canarias), ha sido adjudicada en este proceso.
- Medicina de Urgencias y Emergencias. Esta especialidad novel ha cubierto una vacante estratégica en el C.H. Torrecárdenas (Almería).

También se han rescatado plazas en áreas críticas como Medicina Preventiva y Salud Pública (13 plazas), Medicina del Trabajo (6), Medicina Interna (5) y Psiquiatría (5).

Responsabilidad civil

El alta voluntaria del paciente: riesgos legales del médico y cómo documentarla correctamente

El alta voluntaria es una manifestación directa del derecho del paciente a decidir sobre su proceso asistencial, incluso cuando ello implica rechazar el tratamiento o abandonar el centro. Sin embargo, desde la perspectiva del facultativo, se trata de una de las situaciones más sensibles en términos de responsabilidad civil profesional.

Persiste la idea errónea de que la firma del alta voluntaria exime automáticamente al médico de cualquier reclamación posterior. En la práctica, su valor jurídico depende íntegramente de cómo se informó al paciente y de cómo quedó documentado el proceso.

Marco legal

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, fija el marco de referencia. Su artículo 2 reconoce el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas, incluida la negativa al tratamiento, derecho que se articula mediante un deber de información que exige trasladar al paciente, de forma comprensible, diagnóstico, riesgos, alternativas y consecuencias. Sin esa información previa, la decisión carece de validez jurídica plena.

El artículo 21 regula específicamente el alta voluntaria: cuando el paciente rechaza el tratamiento, se le propondrá firmar el alta y, si no la firma, el centro puede acordar un alta forzosa dejando constancia de las circunstancias.

¿Protege realmente el alta voluntaria al médico?

El alta voluntaria no elimina la responsabilidad civil; su función es modular la imputación cuando el paciente, debidamente informado, se aparta de la indicación médica. Conviene distinguir dos escenarios:

- Una posible mala praxis previa —diagnóstico erróneo, omisión de pruebas, tratamiento inadecuado— que no queda cubierta por la firma del alta.
- Una decisión libre y consciente del paciente de abandonar el tratamiento, en la que el documento sí puede tener valor defensivo, siempre que se acredite que la información fue adecuada.

Más que la firma en sí, lo determinante es la calidad del proceso informativo.

Riesgos si no se documenta correctamente

El principal riesgo es probatorio. En una reclamación no basta con afirmar que se informó al paciente: hay que demostrarlo. Una historia clínica incompleta dificulta acreditar la propuesta asistencial, los riesgos explicados o la negativa expresa, y debilita la posición del médico ante un juzgado.

También es crítico valorar y dejar constancia de la capacidad del paciente para decidir. El dolor intenso, la confusión o las alteraciones cognitivas exigen una evaluación específica: si no se acredita que el paciente comprendía la información, la validez del alta puede cuestionarse. Una documentación insuficiente abre además la puerta a que se interprete que la decisión no fue plenamente libre, sino condicionada por el contexto asistencial.

Cómo documentar correctamente

En la historia clínica deben constar fecha y hora, situación clínica, diagnóstico, propuesta asistencial, riesgos de abandonar el tratamiento, alternativas ofrecidas, negativa expresa del paciente y valoración de su capacidad.

El documento de alta voluntaria debe recoger advertencias claras sobre las consecuencias de la decisión y la firma del paciente y del profesional; si el paciente no firma, hay que dejar constancia expresa de ello. El informe de alta cierra formalmente el proceso y acredita la información facilitada.

Conclusión

El alta voluntaria no es un escudo frente a la responsabilidad civil, sino una herramienta que, bien utilizada, refuerza la defensa del profesional. La clave reside en tres elementos: información clara, decisión libre del paciente y documentación exhaustiva. Revisar los protocolos internos en esta línea no solo mejora la seguridad jurídica del médico, sino también la calidad asistencial.

Y un recordatorio final: lo que no consta por escrito, jurídicamente no existe.

UNITECO
CORREDURÍA DE SEGUROS

ES NOTICIA

"El brote de ébola Bundibugyo va a durar un tiempo y requiere una respuesta prolongada"

El investigador de ISGlobal y médico del Hospital Clínic, Álex Almuedo, explica las particularidades de esta cepa

ANDREA RIVERO GARCÍA
Madrid

Fuente: OMS.

El actual brote de ébola Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC y Uganda ha vuelto a poner el foco sobre una de las enfermedades infecciosas más letales y sobre las dificultades que siguen existiendo para contener epidemias en contextos marcados por conflictos armados, sistemas sanitarios frágiles y una elevada movilidad de población.

Aunque el término "ébola" suele asociarse al virus Zaire, el brote actual está causado por una especie menos frecuente: el virus Bundibugyo, identificado por primera vez en Uganda en 2007 y responsable hasta ahora de dos brotes documentados.

"Estamos hablando de una especie diferente dentro de los orthoebolavirus", explica en una entrevista con Gaceta Médica Álex Almuedo, investigador de ISGlobal y médico del Servicio de Salud Internacional del Hospital Clínic de Barcelona. El experto recuerda que dentro de este grupo existen al menos seis especies conocidas, de las cuales cuatro han causado enfermedad en humanos.

UN VIRUS POCO CONOCIDO

Aunque las manifestaciones clínicas son similares a las observadas en otras formas de ébola, existen diferencias poco estudiadas. La enfermedad suele comenzar con síntomas inespecíficos como fiebre, malestar general, dolor de cabeza o dolores musculares y articulares.

"Inicialmente es un síndrome febril inespecífico. Si te digo que es malaria en un contexto adecuado, lo crees", señala Almuedo.

Posteriormente pueden aparecer vómitos, diarrea y otros síntomas gastrointestinales que provocan una importante pérdida de líquidos. En los casos graves, la infección evoluciona hacia un cuadro sistémico con afectación de múltiples órganos y alteraciones vasculares que pueden desembocar en hemorragias.

Sin embargo, algunos estudios sugieren que el Bundibugyo podría presentar ciertas particularidades. "Ha aparecido algún trabajo que indica que podría haber más diarrea acuosa, menos signos hemorrágicos e incluso casos sin fiebre, pero esto hay que cogerlo con pinzas porque estamos hablando de brotes muy pequeños y datos limitados", advierte el experto.

Otra de las diferencias tiene que ver con la mortalidad. Mientras que el virus Zaire ha mostrado históricamente tasas de mortalidad cercanas al 66%, y el virus Sudán alrededor del 49%, los datos disponibles para Bundibugyo apuntan a una letalidad media cercana al 35%. No obstante, el especialista recuerda que estas cifras dependen de la capacidad asistencial disponible. "Cuando los pacientes reciben un tratamiento de soporte adecuado, las tasas de mortalidad disminuyen", explica.

SIN TRATAMIENTOS

Precisamente una de las mayores preocupaciones de los expertos es que para el virus Bundibugyo no existen actualmente vacunas ni tratamientos específicos cuya eficacia haya sido demostrada.

Las grandes epidemias registradas en África occidental entre 2014 y 2016 permitieron desarrollar anticuerpos monoclonales y vacunas que mejoraron de forma significativa la supervivencia de los pacientes infectados por la especie Zaire. Sin embargo, esos avances no pueden extrapolarse automáticamente.

"Con este virus no tenemos evidencia de que esos tratamientos funcionen y no podemos decir que tengamos una terapia específica más allá del tratamiento de soporte óptimo", afirma Almuedo.

> **"Cuando los pacientes reciben medidas de soporte adecuadas, la tasa de mortalidad disminuye"**

El investigador destaca que una de las principales lecciones aprendidas tras las grandes epidemias de ébola es precisamente la importancia de ofrecer cuidados de soporte intensivos desde las fases iniciales de la enfermedad. "Sabemos que los pacientes pueden sobrevivir más si reciben una atención adecuada, con fluidoterapia, monitorización y tratamientos de soporte cuando es necesario", resume.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha identificado varios candidatos terapéuticos susceptibles de ser evaluados durante el brote actual, incluidos anticuerpos monoclonales y antivirales. Paralelamente, distintas plataformas internacionales trabajan en el desarrollo acelerado de vacunas experimentales dirigidas contra esta especie.

FRENAR LA TRANSMISIÓN

El crecimiento del brote ha generado dudas sobre si el virus podría ser más transmisible que otras variantes del ébola. Sin embargo, Almuedo considera que todavía no existen evidencias suficientes para afirmarlo. "No tenemos datos suficientes para decir que sea más contagioso", señala.

En su opinión, el elevado número de casos detectados responde en gran medida a retrasos en la identificación inicial del brote. Según explica, la experiencia acumulada por RDC con numerosos episodios de ébola Zaire hizo que inicialmente se emplearan herramientas diagnósticas diseñadas para esa especie concreta.

"Seguramente hubo un retraso diagnóstico y de localización de lo que estaba pasando", afirma. "Y un virus hemorrágico como este, si no se diagnostica bien, se transmite rápidamente".

La detección precoz continúa siendo una de las principales herramientas para controlar la expansión de la enfermedad. Identificar rápidamente los casos, rastrear contactos, aislar a los pacientes y desplegar mecanismos de vigilancia son medidas esenciales para cortar las cadenas de transmisión. "Hay que detectar los casos y poner en marcha todos los mecanismos de vigilancia y respuesta lo antes posible", insiste el especialista.

CONTEXTO DESAFIANTE

No obstante, el escenario actual presenta obstáculos adicionales. El brote se desarrolla en una región minera caracterizada por una intensa movilidad de población y por años de conflicto armado e inestabilidad. "Existen las condiciones ambientales, sociales y sanitarias que pueden facilitar la aparición y expansión de un brote", resume Almuedo.

El experto destaca que la relación entre conflictos armados y enfermedades infecciosas emergentes está bien documentada. Los desplazamientos de población, la destrucción de infraestructuras sanitarias, la interrupción de programas de vigilancia y vacunación y las dificultades para acceder a determinadas zonas reducen la capacidad de respuesta."Generalmente hay una reducción de los sistemas de salud y de sanitarios, menos vigilancia y más dificultades para llegar a las comunidades afectadas", explica.

A ello se suma otro factor: la confianza de la población.

"La implicación de la comunidad es absolutamente clave", subraya. "Hay que identificar líderes comunitarios y explicar claramente cómo se transmite la enfermedad, qué medidas deben adoptarse y cómo se realizarán los cuidados y los enterramientos".

La experiencia de anteriores epidemias demostró que la falta de confianza puede generar rechazo a los sanitarios e incluso ataques contra el personal desplegado sobre el terreno, dificultando las labores de control.

"El community engagement es una de las primeras cosas que se pone en marcha cuando responde la OMS porque sin la comunidad es muy difícil controlar un brote", añade.

RIESGO REGIONAL ELEVADO

Pese a la gravedad de la situación, Almuedo considera que el riesgo de propagación internacional sigue siendo limitado. "Existe un riesgo regional importante", señala, en referencia a los movimientos de población entre RDC y Uganda y a la detección de casos relacionados con desplazamientos dentro de la zona afectada. Sin embargo, añade que "el riesgo extrarregional, hacia Europa o Asia, parecería bajo", gracias a las medidas de vigilancia y contención.

ACCEDE A LA NOTICIA COMPLETA

Proyecto RESPIRA: "No podemos atender al paciente como lo hacíamos hace 25 años"

Regeneron colabora en la creación de un nuevo modelo de coordinación para mejorar la detección precoz desde la AP y garantizar la continuidad real en el diagnóstico y seguimiento del paciente con Cáncer de Pulmón No Microcítico

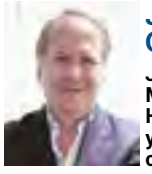
MARCOS YEBRA
Madrid

El Cáncer de Pulmón No Microcítico (CPNM), responsable del 85% de los nuevos casos de cáncer de pulmón y principal causa de mortalidad oncológica global, se enfrenta a un sistema asistencial a menudo desconectado y poco coordinado. Ante esta realidad, surge el Proyecto RESPIRA, una iniciativa creada conjuntamente con expertos clínicos y representantes de pacientes, y apoyada por Regeneron, junto a Outcomes'10 y el IESE Business School. Su objetivo primordial es mejorar la detección precoz desde la Atención Primaria (AP) y garantizar la continuidad real en el diagnóstico y seguimiento del paciente con CPNM, eliminando barreras entre Atención Primaria y Hospitalaria y situando al paciente en el centro del itinerario.

Como señala Javier de Castro, jefe de sección de Oncología Médica del Hospital Universitario La Paz y uno de los coordinadores del comité científico de RESPIRA, "cuando un paciente o un potencial paciente es detectado en Atención Primaria, debe ser enviado a un hospital para la realización de una serie de pruebas que deben de hacerse en un tiempo adecuado, pero nos encontramos con un proceso que está muy compartimentado. Falta una comunicación efectiva entre el hospital y Atención Primaria. No podemos atender al paciente como lo hacíamos hace 25 años". Esta situación es el punto de partida que impulsa la propuesta de un modelo de gestión por procesos que garantice la continuidad asistencial, desde la sospecha inicial hasta el seguimiento del largo superviviente.

Integrantes del proyecto RESPIRA durante la presentación del informe en Madrid.

José Manuel Martínez
Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina



Javier de Castro
Jefe de Oncología Médica del Hospital La Paz y coordinador del comité científico

Bernad Gaspar
Presidente de la Asociación Española de Afectados por el Cáncer de Pulmón

VISIÓN DEL PACIENTE

El informe RESPIRA, fruto de un año de trabajo de un equipo multidisciplinar de oncólogos, neumólogos, patólogos, farmacéuticos y gestores, otorga un papel protagonista a las asociaciones de pacientes. No se trata solo de abordar los cuadros clínicos, sino de gestionar vidas "impactadas por la incertidumbre".

Bernad Gaspar, presidente de la Asociación Española de Afectados por el Cáncer de Pulmón (AEACaP), reconoce el papel central del paciente en este proyecto, ya que "de lo que se ha tratado es de identificar esas necesidades, también las más invisibles, además de nuestras limitaciones en la atención recibida, para, sobre todo, mejorar un proceso asistencial que tanto nos preocupa".

Según Gaspar, disponer de circuitos definidos es vital porque "dan origen a reducir nuestra incertidumbre, nuestra ansiedad, nuestros miedos, el estrés que produce la enfermedad". Además, el informe subraya que la falta de atención psicosocial integral y la limitada participación en la toma de decisiones son barreras que este nuevo modelo pretende derribar de forma sistemática.

LA RUTA ASISTENCIAL

El informe RESPIRA identifica una serie de áreas estratégicas en las que enfocarse, de las cuales se derivan cuatro acciones prioritarias que actúan como la hoja de ruta para el Sistema Nacional de Salud:

Detección temprana en AP

La Atención Primaria es la puerta de entrada para identificar precozmente al paciente de riesgo, y por ello, es fundamental que los profesionales sanitarios cuenten con todas las herramientas necesarias a su alcance.

El proyecto propone el registro obligatorio en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de variables como el tabaquismo, la edad y los antecedentes familiares. Además, se ha consensuado una checklist de 12 signos y síntomas de sospecha, como la disnea de esfuerzo leve o cambios en el patrón de tos, para agilizar la derivación.

De Castro insiste en la relevancia de este nivel, aclarando que "muchas veces el paciente no quiere ir al hospital, y reducir el número de visitas es importante, con un seguimiento en AP, porque después de un proceso hospitalario tan estanco, el paciente parece que se queda un poco en el limbo".

IA y alertas en radiología

Uno de los puntos más innovadores es el uso de la Inteligencia Artificial (IA) para analizar imágenes radiológicas de forma automática. El sistema clasificaría los hallazgos en negativos o positivos/dudosos, activando una "vía rápida" que notifique directamente a AP y Neumología.

"La IA puede ser clave en un campo como el cáncer de pulmón porque puede incorporarse perfectamente", asegura De Castro, poniendo la IA como una de las principales herramientas para optimizar los recursos de los que dispone el SNS, una de las principales barreras a la hora de implementar este tipo de proyectos, como dejaron claro en la presentación del informe.

Información clínica

Otra de las enseñanzas de la jornada fue que la fragmentación se combate con datos compartidos. El modelo propone que, tras cada reunión del Comité de Tumores, se genere un informe automático para el médico de AP, asegurando que este conozca el tratamiento, las contraindicaciones y los cambios clínicos relevantes.

El objetivo es involucrar al médico de familia en las distintas etapas del proceso, gracias a "sistemas de digitalización y sistemas de información que sean automatizados, para que todo este proceso sea funcional y no se pierdan pacientes por el camino", como indica De Castro.

Un seguimiento integral

Gracias a los avances terapéuticos, el cáncer de pulmón cuenta cada vez con más supervivientes que requieren un seguimiento coordinado. El informe recomienda un documento de referencia único que incluya criterios de reentrada hospitalaria y contactos de referencia.

Según Bernad Gaspar, este punto es crucial para la "alfabetización de la sociedad. Las asociaciones tenemos ahí un papel fundamental, en informar a todos los pacientes, para poder alfabetizar a la sociedad y dar visibilidad al cáncer de pulmón".

CAMBIO CULTURAL

No obstante, la teoría choca a menudo con la realidad, por ejemplo, con los sistemas informáticos incompatibles. Jose Manuel Martínez, desde la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, identifica tres dimensiones del problema: "La primera es la tecnológica, es decir, que todos deberíamos hablar el mismo idioma... Luego hay una parte que es organizacional, es decir, que trabajemos por procesos, de una manera definida en cada etapa con responsabilidades, y esto forma parte de una tercera dimensión, la cultural, hay culturas de organización que están en el subfondo y esto también hay que ayudar a cambiarlo".

Martínez defiende que la implementación de figuras como el gestor de casos "es rentable tanto en términos de salud como económicamente, pero hay que demostrarlo, hay que medirlo y esta es la tarea que tenemos por delante los gestores". Para ello, el informe RESPIRA propone indicadores claros, como el porcentaje de pacientes, con un plan de seguimiento documentado, para validar este impacto.

Así, el proyecto RESPIRA no pretende ser un modelo estático, sino "un modelo accionable y escalable". La estrategia para su adopción debe ser, según los expertos, gradual y flexible.

EXCELENCIA ASISTENCIAL

De Castro insiste en la necesidad de un acompañamiento continuo, porque "también es fundamental para el paciente, que tiene que estar en todo el proceso. Y en este sentido, RESPIRA ha trabajado en esa línea de buscar esos recorridos que sean homogéneos, porque además el paciente lo agradece para perder tiempos de espera, perder ansiedad por incertidumbre y también para mejorar la calidad y la excelencia en la atención, apoyándose en herramientas como la IA, los protocolos de derivación, los informes compartidos y los planes de seguimiento".

Roberto Gonzalez Piqueras, Country Access Head de Regeneron en España y Portugal, quien ha colaborado en el proyecto desde la perspectiva de la industria, señaló que "la implementación de estas acciones representa un avance significativo en el abordaje del CPNM desde un punto de vista asistencial global, orientado a reducir demoras, unificar criterios y ofrecer una atención más coherente y efectiva para el paciente".

Por su parte, la directora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, Rosario Azcutia, mostró durante la presentación su interés en el modelo, calificándolo de "absolutamente pertinente" y señalando que es un momento óptimo para empezar a trabajar en este ámbito, sugiriendo incluso la posible incorporación de la inteligencia artificial en las pruebas de imagen de primaria en la región.

Premios Fundamed 2026

25 años que reconocen la excelencia de un sector fundamental

Especial en páginas centrales

PROTEGE TU FUTURO CON EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

PORQUE Somos Sanitarios

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

A.M.A. GRUPO · A.M.A. agrupación mutual aseguradora · Ama Vida Seguros de vida para profesionales sanitarios · A.M.A. Fundación A.M.A. · A M A ECUADOR

La Mutua de los Profesionales Sanitarios.