

Sanidad

elEconomista

Revista mensual

6 de diciembre de 2018 | Nº 90



Uno de cada dos pacientes no cumple su tratamiento, lo que cuesta 11.000 millones | P20

Novartis y Gilead negocian traer a España las primeras terapias génicas contra el cáncer | P14



Luis González
Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Madrid

“La nueva Ley de Farmacia no invade competencias de nadie”

| P10

PRESUPUESTOS: LAS AUTONOMÍAS SE ENDEUDARÁN PARA PAGAR LA SANIDAD

Las regiones no contarán con fondos adicionales en 2019 para eliminar el copago o reducir listas de espera | P6

26. Actualidad Médicos divididos frente al tabaquismo

La comunidad científica no logra el consenso en el cigarrillo electrónico y el tabaco calentado

30. Entrevista Jack West, oncólogo del cáncer del pulmón

El médico estadounidense habla de las posibilidades del nuevo tratamiento de PharmaMar

34. Salud laboral El reto laboral de un cerebro saludable

El ictus ya es una de las causas más importantes de incapacidad permanente en el adulto

36. RSC Las empresas, contra el estigma del VIH

La campaña #YoTrabajoPositivo apela a la responsabilidad de las compañías

Edita: Editorial Ecoprensa S.A. **Presidente de Ecoprensa:** Alfonso de Salas
Vicepresidente: Gregorio Peña **Director Gerente:** Julio Gutiérrez
Directora de Relaciones Institucionales: Pilar Rodríguez **Director de Marca y Eventos:** Juan Carlos Serrano

Director de elEconomista: Amador G. Ayora
Coordinadora de Revistas Digitales: Virginia Gonzalvo
Director de 'elEconomista Sanidad': Alberto Vigarío **Diseño:** Pedro Vicente y Elena Herrera **Fotografía:** Pepo García **Infografía:** Clemente Ortega **Redacción:** Juan Marqués

En Portada Las autonomías, sin fondos adicionales para Sanidad

Los presupuestos regionales de Salud para 2019 no podrán hacer frente a las nuevas terapias o eliminar el copago



6



14

Innovación Llegan las nuevas terapias de medicina de precisión

Las terapias génicas contra el cáncer de Gilead y Novartis están ya en fase de negociación con el Ministerio de Sanidad

Entrevista Luis González, presidente de los farmacéuticos de Madrid

El Colegio de Farmacéuticos de Madrid defiende la nueva Ley de Farmacia, aún en trámite



10



20

Gasto farmacéutico Uno de cada dos pacientes no cumple su tratamiento

La falta de adherencia a los medicamentos supone un gasto anual en España de 11.000 millones de euros

Primera petición de la Sanidad andaluza: acabar con las subastas

El vuelco electoral en Andalucía puede acabar también con la medida estrella aplicada por el Gobierno socialista de esta región desde el año 2012: la compra de medicamentos para las farmacias por el método de subasta. Un sistema criticado desde su nacimiento tanto por los propios farmacéuticos y las asociaciones de pacientes como por los laboratorios y las compañías de distribución. Ahora, si el Partido Popular, Ciudadanos (Cs) y Vox se ponen de acuerdo para alcanzar el Gobierno de la Junta de Andalucía, el sistema de subastas podría tener los días contados, ya que los tres partidos se han mostrado hasta ahora contrarios a este modelo. Y todo el sector farmacéutico se lo recordará nada más poner los pies en San Telmo.

Desde hace seis años, el Ejecutivo andaluz compra una buena parte de los medicamentos genéricos para surtir a sus farmacias a compañías de la India y Bangladesh y algún pequeño laboratorio español para ahorrar unos céntimos de euro en cada caja. La Consejería ha adjudicado durante estos seis años todas las presentaciones de medicamentos genéricos que se venden en las farmacias a lo largo de 14 concursos de adjudicación, a los que ninguno de los grandes laboratorios, ni nacionales ni multinacionales, se han presentado en ninguna ocasión. La Junta tenía previsto ahorrar con este sistema de subasta unos 800 millones de euros, pero desde su puesta en marcha, el ahorro real ha sido de algo menos de 220 millones. Pero la

principal consecuencia de este modelo de compra ha sido el desabastecimiento continuo de medicamentos. En innumerables ocasiones, los laboratorios adjudicatarios han dejado sin abastecer a buena parte de las farmacias y en otras ocasiones han renunciado directamente a cumplir con el suministro. La Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacia de Andalucía ha sido la organización más beligerante. Según los farmacéuticos andaluces, las subastas “discriminan a los ciudadanos andaluces y, como se ha demostrado, deterioran la calidad de la asistencia, al ser necesario modificar la medicación a los pacientes, por los frecuentes faltas de existencias.

En estos años, el sistema utilizado por Andalucía ha demostrado que, además de no garantizar el suministro, impone limitaciones a los tratamientos que los médicos pueden prescribir. Es cierto que el ahorro en gasto sanitario es necesario, pero no a cualquier precio y con sistemas que ponen en riesgo la salud de los andaluces.

Tanto el PP como Ciudadanos se han mostrado en la oposición contrarios a este modelo. Y las farmacias, las más perjudicadas, se lo recordarán si llegan a un acuerdo para formar Gobierno



EL ALTA



Héctor Ciria

CONSEJERO DELEGADO
DE QUIRÓNSALUD

El grupo hospitalario ha sumado dos nuevos centros en Andalucía a su oferta, en Córdoba y Huelva y se acerca a los 50 hospitales en toda España.



LA BAJA



Albert Esteve

PRESIDENTE DE
LABORATORIOS ESTEVE

La compañía farmacéutica catalana aplicará un expediente de regulación de empleo (ERE) para 85 trabajadores, un 6 por ciento de la plantilla.

6

Congreso Mundial de Oncología y Radiología

Del 6 al 8 de diciembre, Valencia acoge el Quinto Congreso y Expo mundial que organiza la Federación Científica en el área de radioterapia. Las técnicas y potencial de futuro se debatirán por los principales investigadores, científicos, clínicos y profesores

Hipertensión arterial clínica y ambulatoria

Dentro del Seminario de Economía y Políticas de Salud "De la investigación a la acción", Funcas y la Universidad Carlos III de Madrid organizan esta jornada que contarán con la participación de los doctores Fernando Rodríguez Artalejo e Isabel Egocheaga. En la sede madrileña de Funcas.

12

12

Premios Panorama y Medallas del CGCOF

El Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos celebra su tradicional entrega de premios y medallas a las empresas, instituciones y profesionales que más han destacado durante 2018. El acto se celebrará en el Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía.

Perspectivas del seguro para 2019

ICEA reunirá el próximo mes de enero dentro de su jornada anual a los principales representantes del seguro en España para abordar las previsiones de crecimiento y los desafíos más urgentes en cada uno de los ramos del sector. En el Hotel Novotel Madrid Center.

22

18

Enfermedad hepática por depósito de grasa

La Fundación Ramón Areces organiza en enero esta jornada coordinada por José Luis Calleja y Javier Crespo, dentro de su ciclo 'Ciencias de la Vida y de la Materia. Los dos expertos revisarán los últimos avances en epidemiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento de esta pandemia.

VI Jornada de los Premios 'Somos Pacientes'

El auditorio de la Fundación Canal, en Madrid, acoge la jornada anual promovida por Farmaindustria.



11



12

I Jornada 'Anticipando la Medicina del futuro'

La Fundación Instituto Roche organiza esta jornada de debate, en la Fundación Francisco Giner de los Ríos de Madrid.

Novartis España



Creando valor

Innovación | Compromiso industrial | Gestión responsable y sostenible | Empleo

En Novartis llevamos más de 100 años formando parte de la sociedad y descubriendo nuevas maneras de mejorar y prolongar la vida de las personas





LAS CCAA CRONIFICAN LA PRECARIEDAD Y LA ESPERA

Las comunidades autónomas no contarán con fondos adicionales del Estado para hacer frente a los problemas de la sanidad y deberán recurrir a la deuda para financiar las nuevas terapias o eliminar el copago farmacéutico

JUAN MARQUÉS

Los presupuestos sanitarios avanzados por las comunidades autónomas para 2019 marcan una vez más como prioridad la reducción de las listas de espera o de la temporalidad en el empleo, pero no van acompañados de medidas eficaces ni de fondos suficientes para alcanzar estos objetivos. Las regiones tampoco parece que dispondrán de fondos adicionales para cubrir los nuevos gastos sobrevenidos de la política de “recuperar derechos” por Real Decreto del Gobierno de Pedro Sánchez, como la aplicación de la sanidad universal y la eliminación de los copagos farmacéuticos o la financiación de las nuevas terapias con células CAR-T, cuyo precio por paciente podría superar los 350.000 euros.

A falta de una inyección financiera por parte del Estado como consecuencia de la más que probable prórroga de las cuentas de 2018, las comunidades autónomas tendrán que asumir compromisos sanitarios propios y ajenos sin la necesaria cobertura financiera, como ha denunciado el Tribunal de Cuentas, recurriendo a retrasos en los pagos o nuevos endeudamientos sin respaldo en los presupuestos para cubrir el gasto real del sistema, que en 2015 excedió en 6.144 millones de euros el presupuesto previsto de 54.463 millones de euros. De momento, los anteproyectos presentados hasta la fecha son expansivos por quinto año consecutivo y se sitúan en máximos históricos, aunque el incremento del gasto del 3 por ciento de media en la mayoría de regiones se antoja insuficiente para abordar problemas que se han cronificado en la sanidad española, como las listas de espera o la temporalidad en el empleo, que afectaba al 38 por ciento de los contratos en 2016, o para atender las demandas de los médicos *en armas* en regiones como Cataluña y Andalucía.

Las medidas apuntadas hasta la fecha reinciden en fórmulas como la extensión de jornadas para operar por las tardes y fines de semanas, también conocidas como *peonadas*, que apenas han permitido recortar en 11 días las esperas durante el último año. Es una de las razones por las que los ciudadanos siguen huyendo a la privada en busca de un acceso más rápido y resolutivo a los tratamientos, según apuntan las encuestas del sector privado, que ya suma más de diez millones de asegurados.

Durante la presentación de las cuentas, ningún responsable sanitario ha hecho así referencia explícita a la vía de los conciertos con los centros privados para reducir unas listas de espera quirúrgica que soportaban 584.018 ciudadanos, con tiempos medios de 93 días, según los últimos datos disponibles del primer semestre de 2018. El gasto en conciertos se viene así



Protesta de médicos en Barcelona el pasado mes de noviembre. LUIS MORENO

50%

El precio oficial de coste de tratamiento y de concierto es la mitad de barato, a favor de este último

limando durante los últimos años hasta totalizar 5.709,7 millones de euros en 2016, apenas 200 millones de euros menos que en 2009, donde alcanzó su máximo histórico. El secretario general de la Alianza de la Sanidad Privada de España, Carlos Rus, señala al respecto que “no estamos de moda, somos un tema tabú, a pesar de que seguimos siendo imprescindibles porque en todas las comunidades somos necesarios, ya que les sale más rentable”. Y es que el precio de coste de tratamiento y de concierto según las tarifas oficiales publicadas son de media un 50 por ciento más baratas estas últimas, apunta Rus.

A pesar de esta realidad, los fondos invertidos en conciertos con hospitales y centros privados se mantienen estables e incluso regiones tan beligerantes contra la colaboración público-privada como la Comunidad Valenciana los suben. La Sindicatura de Cuentas ha demostrado que, durante el periodo 2015-2017 que estuvo al frente la exministra Carmen Montón, el número de derivaciones subió hasta las 14.226 -859 derivaciones más en dos años-.

La sanidad valenciana no prescindirá del recurso privado el próximo año y presupuestará 27 millones de euros para reducir las listas de espera, de los que 16 millones financiarán “autoconciertos y extraconciertos”, según ha explicado la consejera, Ana Barceló. Precisamente el doble discurso político de denostar públicamente a la sanidad privada sin dejar de utilizar sus servicios está provocando que las propias entidades privadas estén perdiendo el interés y se sientan “maltratadas”, según admiten desde Aspe, una asociación que agrupa a 600 centros hospitalarios.

Tiempos máximos de respuesta

Para hacer más creíbles los planes de choque contra las listas de espera, las regiones sí han recuperado este año la vía legal de garantizar por ley plazos máximos para recibir la asistencia sanitaria programada y no urgente. Comunidades como Baleares han aprobado así un decreto de garantía de demora sanitaria, que fija plazos máximos para recibir asistencia sanitaria especializada, programada y no urgente. Aunque la norma prioriza la atención pública, abre también la posibilidad de recurrir a la sanidad privada para cumplir los plazos máximos de seis meses para intervenciones quirúrgicas y segundas consultas diagnósticas, y de dos meses (60 días) para primeras consultas externas y pruebas diagnósticas. “Se trata de una medida positiva porque me parece fundamental que se incida en la libre elección como un derecho de paciente”, señala Carlos Rus.

Otra región que también estudia esta opción es Madrid, según avanzó el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, a *elEconomista*, si bien no ha presentado todavía ningún proyecto normativo en esta dirección para que los profesionales decidan cuál es el máximo tiempo de espera en determinadas patologías. En el anteproyecto de ley de presupuestos aprobado por el Gobierno se continúa con su plan de reducción de listas de espera, que se financiará con 62,5 millones de euros para costear la ampliación de la actividad quirúrgica a tardes y fines de semana, de los que más de la mitad se invertirán en personal. Después de tres años, este plan se ha revelado insuficiente para recortar las listas de espera, si bien Madrid es la segunda región que mejores registros tiene en esta área. Como otros consejeros, Enrique Ruiz también ha destacado que la sanidad regional ha reducido en cerca de un 80 por ciento las derivaciones a centros privados y en cirugías, por ejemplo, se han pasado de 1.200 derivaciones al mes a 10 al mes.

En la misma línea, el presidente de Castilla-La Mancha, Emiliano García Page, ha anunciado su intención de aprobar un decreto de garantías de



Hospital de La Paz
en Madrid.
SERGIO MORENO

Un Sistema Nacional de Salud infrafinanciado

■ Incremento del 3%

El incremento del gasto presupuestado del 3 por ciento de media en la mayoría de regiones se antoja insuficiente para abordar problemas que se han cronificado en la sanidad española.

■ Desfase presupuestario del 11,3%

Los presupuestos autonómicos en Sanidad no cubren el gasto real del sistema. Solo en 2015, las regiones excedieron en 6.144 millones de euros el presupuesto previsto. Se trata de una desviación del 11,3 por ciento, cuando la media de desfase del gasto se ha situado en el 7,9 por ciento durante los últimos cinco años.

■ 10.000 millones de euros más

El consejero de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha, Jesús Fernández Sanz, ha sido el último en defender que las comunidades autónomas necesitan un punto más del Producto Interior Bruto para financiar sus sistemas sanitarios.

■ Gasto farmacéutico

Partidas como el gasto en medicamentos también podrían estar infrafinanciadas. Madrid, por ejemplo, ha presupuestado un gasto en recetas médicas (1.100,69 millones de euros) inferior en 115 millones de euros al actual gasto interanual de la región.

■ 5.709 millones en conciertos

El gasto en conciertos se viene limando durante los últimos años hasta totalizar 5.709,7 millones de euros en 2016, apenas 200 millones de euros menos que en 2009, donde alcanzó su máximo histórico.

Partidas para Sanidad previstas por las CCAA para 2019

Presupuestos sanitarios de las ccaa (miles de millones €)

CCAA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	VAR. (%)
 Andalucía	9.827,38	9.379,09	9.420,02	8.474,98	8.204,89	8.458,77	8.826,77	9.326,11	9.834,10	-	-
 Aragón	1.907,63	1.849,15	1.856,71	1.620,36	1.605,30	1.600,43	1.802,29	1.898,40	1.991,28	-	-
 Canarias	2.857,00	2.540,92	2.605,94	2.578,06	2.607,63	2.633,37	2.643,05	2.718,92	2.936,58	3.007,12	↑ 2,64
 Cantabria	795,92	729,379	753,697	773,156	786,713	788,822	805,758	824,906	854,60	870	↑ 2,72
 Castilla La Mancha	2.918,50	2.814,09	2.606,71	2.443,16	2.390,24	2.423,20	2.635,70	2.635,70	2.806,82	-	-
 Castilla y León	3.518,63	3.461,60	3.429,86	3.246,74	3.200,34	3.275,72	3.308,48	3.485,94	3.597,14	-	-
 Cataluña	9.888,28	9.200,86	8.760,89	8.291,79	8.290,59	8.466,99	8.453,27	8.876,11	8.876,11	-	-
 Extremadura	1.694,26	1.572,09	1.513,42	1.311,00	1.324,42	1.404,48	1.577,22	1.566,08	1.631,54	1.697	↑ 5,8
 País Vasco	3.630,27	3.506,22	3.489,75	3.498,83	3.437,22	3.469,38	3.497,30	3.620,77	3.763,54	3.800	↑ 3,3
 Galicia	3.728,81	3.547,32	3.530,92	3.419,36	3.302,15	3.410,27	3.513,53	3.613,98	3.861,43	3.984	↑ 3,3
 Balears	1.176,34	1.176,34	1.222,48	1.174,18	1.195,01	1.318,08	1.392,21	1.492,58	1.584,35	1.726,50	↑ 9,21
 Madrid	7.081,23	7.134,38	7.172,49	7.111,51	6.980,82	7.292,48	7.449,91	7.635,71	7.870,55	8.106	↑ 3,0
 Murcia	1.984,82	2.023,45	1.803,52	1.567,00	1.623,24	1.648,42	1.746,36	1.776,74	1.861,69	1.882	↑ 3,1
 Navarra	986,761	971,926	914,609	856,596	893,08	933,439	988,433	1.047,71	1.059,98	1.087	↑ 2,5
 Valencia	5.720,25	5.515,29	5.492,48	4.964,00	5.374,51	5.492,99	5.909,14	6.084,26	6.390,69	6.635	↑ 3,1
 Asturias	1.639,96	1.551,68	1.551,68	1.486,03	1.485,05	1.496,45	1.523,34	1.683,14	1.682,52	1.765	↑ 4,9
 La Rioja	411,980	434,331	366,087	347,377	351,029	353,430	365,872	375,170	434,70	445,20	↑ 2,42
Total CCAA	59.768.090	57.408.17	56.491.33	53.164.17	53.052.30	54.466.78	56.438.68	58.775,55	60.990,55	-	-

Gasto consolidado anual en conciertos por CCAA y total (miles €)

CCAA	2009	2016
 Andalucía	485.994	380.143
 Aragón	79.784	79.774
 Canarias	287.424	259.067
 Cantabria	30.302	30.401
 Castilla La Mancha	210.396	134.633
 Castilla y León	139.937	140.113
 Cataluña	2.679.565	2.516.909
 Extremadura	69.386	74.004
 País Vasco	257.089	244.406
 Galicia	231.128	228.502
 Balears	65.564	153.292
 Madrid	608.961	842.076
 Murcia	159.785	145.807
 Navarra	65.071	71.706
 Valencia	387.437	273.983
 Asturias	116.886	100.692
 La Rioja	32.728	34.250
Total CCAA	5.907.438	5.709.757

Fuente: Anteproyectos de Presupuestos Generales presentados por las comunidades autónomas y elaboración propia.

elEconomista

urgencias hospitalarias “como paso previo” a la ley de garantías de tiempos de espera. Asturias ha hecho lo propio al dar luz verde al decreto de garantías en el acceso a la atención sanitaria para fijar plazos máximos de las listas de espera sanitarias por ley.

Donde sí acelerarán las consejerías de cara al próximo año electoral será en la convocatoria de ofertas públicas de empleo. El objetivo es reducir la temporalidad y la precariedad de los contratos de trabajo en la sanidad pública, así como recuperar derechos laborales como la carrera profesional que durante la crisis quedaron suspendidos en la mayoría de las regiones. En Madrid, se invertirán en este fin 48,5 millones de euros. Valencia se ha comprometido a publicar las OPE de 2018 con 5.400 plazas después de convocar oposiciones con una oferta de 10.398 plazas durante los cuatro últimos años, según datos de la consejera, y también pagará la carrera

41%
El gasto sanitario de una región como Madrid absorbe 4 de cada 10 euros presupuestados

profesional de los interinos. Galicia invertirá 50,4 millones de euros más en el capítulo de personal, que absorberá el 23 por ciento de su presupuesto sanitario. También ha anunciado una OPE que se ejecutará en 2019 para cumplir con su promesa de sacar a oposición 5.000 plazas entre 2017 y 2020, además de comenzar el pago de la carrera profesional el próximo año. Murcia se ha planteado convocar 5.326 plazas correspondientes a la oferta de los años 2017 y 2018 dentro de su Plan de Estabilización de Empleo Temporal. En cualquier caso, todas las regiones coinciden en la necesidad de reformar el sistema de financiación para dotar de suficientes recursos al SNS. El consejero de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha, Jesús Fernández Sanz, ha sido el último en defender que las comunidades autónomas necesitan un punto más del PIB para financiar sus sistemas sanitarios.



LUIS J. GONZÁLEZ

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

JUAN MARQUÉS

Representa a un colectivo de casi 13.000 farmacéuticos que aspira a dotarse de un nuevo marco legal en la Comunidad de Madrid que pende ahora de un hilo. La polémica campaña lanzada por los enfermeros contra la atención farmacéutica domiciliaria y el mayor papel asistencial que quieren asumir los farmacéuticos bloquea de momento el proyecto de ley de Farmacia en la Asamblea. A pesar de todo, Luis González Díez confía en recabar el apoyo final de Ciudadanos para sacarlo adelante, porque se trata de una norma “necesaria para el sector y buena también para los ciudadanos”, afirma en esta entrevista. Para ello está dispuesto a revisar y aclarar el principal punto de conflicto entre ambas profesiones, si bien reclama también “altura de miras” a los políticos y “ceñirse al literal de la ley” para no sentar un mal precedente en los cambios y reformas que exige el sistema de salud.

¿Se imaginaban llegar a este punto, con un proyecto de Ley que depende del apoyo de Ciudadanos?

Francamente, no. Durante muchos meses hemos trabajado para consensuar el texto de la ley, primero con la Consejería de Sanidad y luego hemos hablado con los cuatro partidos de la Asamblea de Madrid. Incluso asistí a una Comisión de Sanidad para hablar de farmacia y del anteproyecto de Ley.

“No estamos privatizando, ni invadiendo ninguna competencia con la Ley de Farmacia”

Fue después, una vez que el Consejo de Gobierno le dio luz verde, cuando se han planteado objeciones y abierto un periodo de enmiendas que espero no finalice con el bloqueo de la norma, porque es necesaria para el sector y traerá muchas ventajas también para los ciudadanos.

¿En qué punto se encuentran ahora las conversaciones con los partidos de la Asamblea?

Como sabe, estamos ante la quinta ampliación del plazo para presentar enmiendas parciales al proyecto de Ley, que finaliza el tres de diciembre. Estamos poniendo todo de nuestra parte para aclarar lo que haga falta e incluso para revisar aquellos puntos que han suscitado más polémica, todo en aras de conseguir un gran acuerdo político en torno a esta ley, que es técnica y que no debería ser objeto de confrontación política ni profesional. Desde aquí vuelvo a pedir a los partidos altura de miras para aprovechar esta oportunidad que la ley ofrece de mejorar la vida de los ciudadanos.

¿Están entonces dispuestos a eliminar del texto la atención farmacéutica domiciliaria?

No se trata de eliminar, como de aclarar para qué y el porqué de esa atención farmacéutica. También le digo que a mí, como profesional sanitario, nadie me va a impedir que acuda al domicilio de un paciente que me pida ayuda con su medicación. ¡Faltaría más! Estamos obligados a hacerlo y seguiremos haciéndolo. Se trata de una polémica estéril que se ha utilizado para frenar otras aspiraciones que nada tienen que ver con la ley de farmacia de Madrid. Lo que nosotros pretendemos es, simplemente, dar seguridad jurídica y habilitar al farmacéutico para que pueda hacer también el seguimiento farmacoterapéutico en los domicilios de aquellos pacientes que así nos lo pidan. Estamos hablando de pacientes mayores, en muchos casos dependientes y polimedicados que viven solos. No se trata de ningún negocio, ni de privatizar la Sanidad, sino de atender necesidades básicas. Esta ley les ofrece ayuda y eso es lo que está en juego y hay que valorar.

¿Considera infundadas las críticas de la profesión enfermera de las que se han hecho eco después partidos como PSOE o Podemos?

Mire, cuando se plantearon por primera vez las objeciones por parte de Enfermería, nos reunimos en la Consejería con los representantes del sindicato y del Colegio de Enfermería para abordar punto por punto el articulado de la ley y nos encontramos que la única cuestión que generaba



“Pido a los partidos altura de miras para lograr un gran acuerdo”

“La polémica sobre la atención domiciliaria se usa con otras intenciones”

“Está en juego poder atender a personas mayores que viven solas”

rechazo era la atención farmacéutica domiciliaria. Le voy a leer el texto para que no haya dudas de lo que estamos hablando: “actividades de atención farmacéutica domiciliaria relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico de los mismos, adherencia a los tratamientos, reacciones adversas u otras, del modo que determine la Consejería con competencias en materia de Sanidad”. Si se quiere montar un lío competencial como el que se ha montado por intentar dar seguridad jurídica a algo que los farmacéuticos estamos ya haciendo gratis en muchos lugares de España y que forma parte de nuestras atribuciones profesionales más básicas, es que hay otras intenciones que nada tienen que ver con la ley de farmacia de Madrid.

¿Siente que se está utilizando esta ley para frenar otras pretensiones?

No es que lo sienta, sino que los propios enfermeros así lo han expresado: una *batalla* contra la llamada *farmacia comunitaria*, cuando nosotros nunca hemos hablado de farmacia comunitaria y el texto de la ley tampoco menciona ese término. Debemos ceñirnos a lo que dice la ley y no a lo que digan los representantes de Enfermería que dice o a las intenciones que solo ellos ven detrás de la norma. Aquí nadie está privatizando nada, ni invadiendo ninguna competencia, por favor, cuando hablamos de medicamentos y de una ley de Farmacia. Hay que recordar a algunos que la farmacia es por ley un establecimiento sanitario privado de interés público. Lo que estamos intentando desarrollar de la mano de la Consejería es una red de oficinas de farmacia adaptada a las necesidades sociales y que ofrezca soluciones para mejorar el uso y la eficacia de los medicamentos. Así estaremos en condiciones de aprovechar el tremendo potencial que ofrece esta red de profesionales en las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Si las autoridades o los partidos deciden que los farmacéuticos no tenemos nada que aportar en esta área junto con el resto de profesionales sanitarios, que lo digan. Estarán desperdiciando una oportunidad de oro, porque los farmacéuticos estamos demostrando que, con nuestra intervención y consejo profesional, podemos ahorrar muchos recursos al sistema y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

¿Cómo definiría la campaña promovida por la enfermería española contra esta farmacia comunitaria?

De irresponsable, creo que no hay precedentes en la sanidad española de un ataque como el que han protagonizado en los últimos meses, donde se ha



FERNANDO VILLAR

pretendido desfigurar hasta el esperpento a otro colectivo que trabaja codo con codo con la enfermería en el día a día de muchos pacientes. Me da muchísima pena que una profesión seria y responsable se haya dedicado a descalificar así a otra profesión. Ningún representante profesional se puede arrojar el derecho de veto a las iniciativas que plantea otro colectivo sanitario dentro de los cauces de la colaboración y el respeto de las competencias profesionales de cada uno. Eso es algo muy peligroso para nuestro sistema de salud, porque así parcelamos la atención cuando lo que tiene que primar es la colaboración entre profesionales. Por esta vía, estamos abocados al bloqueo de cualquier cambio o reforma que se pretenda introducir por muy avalada que esté por sus resultados. No es, desde luego, el camino que necesita nuestro sistema de salud.

¿Están rotos los puentes con los representantes enfermeros?

Deberían estarlo por lo que le he expuesto pero, por responsabilidad y por

“Queremos dar seguridad jurídica a la atención domiciliaria”

“La farmacia ahorra muchos recursos al sistema de Salud”

representar a un colectivo profesional, seguimos tendiendo la mano para buscar soluciones y seguiremos haciéndolo. Recientemente me he reunido con sus dirigentes para abordar los puntos de fricción y, por mi parte, seguiré haciéndolo siempre, eso sí, que no nos apartemos del literal de la ley y pongamos a los pacientes en el centro. Porque a lo mejor hemos olvidado que lo importante no son nuestras competencias, sino mejorar la salud de los ciudadanos y hacerlo con el mejor aprovechamiento de los recursos. Los farmacéuticos hemos demostrado que somos eficaces en nuestro trabajo y que aportamos ahorros al sistema, también en el caso de la atención domiciliaria, como es patente en el País Vasco.

¿Han echado en falta más apoyo profesional por parte del Consejo General de Colegios Farmacéuticos?

Nuestro Colegio es suficientemente fuerte para dar esta y otras batallas, como así hemos hecho durante toda nuestra trayectoria. Creo que han intervenido cuando lo han considerado oportuno. Sí hay que recordar también que los enfermeros llevan mucho tiempo haciendo declaraciones contra la *farmacia comunitaria*, declaraciones muy subidas de tono, por cierto. Ahora parece que con la ley de Madrid han visto su oportunidad. Pero que nadie se confunda, el conflicto se abrió hace, al menos, tres años y quizás haya que delimitar y definir mejor qué se pretende hacer con los servicios farmacéuticos. Nosotros lo hemos hecho en el proyecto de ley y lo hemos hecho con respaldo político y jurídico, dentro de nuestras propias competencias. Hemos planteado servicios que responden a la esencia misma de la profesión. Otros, como digo, han visto la ocasión propicia para atacar una visión profesional de la farmacia que sienten como una amenaza. Están en su derecho, pero en lo que respecta a la ley de farmacia de Madrid, insisto, hay que ajustarse a lo que dice la norma y no hay ninguna razón para sentir ningún recelo.

Llegados a este punto, ¿confía en que se desbloquee la actual situación antes de que se disuelva la Cámara?

Naturalmente, y seguiré trabajando por ello, reuniéndome con quien haga falta y pidiendo una vez más a nuestros políticos que aprovechen la oportunidad de mejorar la vida de los ciudadanos, porque no solo estamos hablando de atención domiciliaria. La ley introduce importantes mejoras en los horarios de apertura y en el acceso de la población a los servicios que ofrecen las oficinas de farmacia.



Nuria Amarilla Mateu

Socia directora de Eupharlaw (Grupo de Derecho Farmacéutico Europeo)

Son medidas orientadas a la protección del consumidor que pretenden asegurar a través de controles muy estrictos que tanto la distribución como la venta de estos medicamentos siguen una trazabilidad por los canales sanitarios

Por qué Amazon no puede vender fármacos en España

El proceso de globalización y el comercio electrónico abren una nueva vía de debate que ya comenzó a gestarse hace algo más de un lustro. En EEUU la venta *online* de algunos medicamentos sin receta médica es una realidad desde hace al menos dos o tres años. De hecho Amazon presentó el pasado año la línea de medicamentos libre Basic Care con productos como omeprazol, ibuprofeno o miconazol. En España no ocurre lo mismo.

Existen ciertos impedimentos legales que hacen casi imposible en Europa y mucho menos en España, con una normativa más restrictiva, la venta de medicamentos online en páginas web y/o comercios *online*.

La Ley 10/2013 de 24 de Julio es taxativa al respecto ya que indica que está prohibida la venta, tanto por correspondencia como por procedimientos telemáticos, de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica. Deja a la normativa de desarrollo los requisitos que regularán la venta a distancia de los medicamentos no sujetos a prescripción médica.

En este sentido el Real Decreto 870/2013 del 8 de Octubre que regula la venta a distancia al público mediante sitios web

de medicamentos no sujetos a prescripción médica, indica que sólo se podrá vender al público a través de aquellos que pertenezcan a oficinas de farmacia. Ahora bien, no se podrán vender los preparados oficiales ni las fórmulas magistrales que se realicen en la propia farmacia.

Además, las oficinas de farmacia que deseen iniciar la actividad de venta *online* deberán comunicar a las autoridades competentes de cada comunidad la ubicación 15 días antes de iniciar dicha actividad. Todo ello por los canales y las vías que ya conocen las propias farmacias.

Es decir, mientras que en EEUU se permite la distribución y venta de medicamentos considerados como de venta libre a empresas no farmacéuticas como Amazon, en España sólo se permite a las farmacias u oficinas de farmacia la venta y distribución de los mismos. No hay resquicio legal para que otro tipo de páginas web puedan comercializarlos.

En conclusión, estas son medidas orientadas a la protección del consumidor que pretenden asegurar a través de controles muy estrictos que tanto la distribución como la venta de estos medicamentos siguen una trazabilidad por los canales sanitarios más seguros. Y, por supuesto, que no exista un mercado fraudulento alternativo de los mismos.

MEDICINA DE PRECISIÓN: SIN ACCESO NI FINANCIACIÓN

El SNS trabaja a contrarreloj para poder asimilar la nueva ola de terapias celulares y génicas que están ya llegando al mercado a unos precios difícilmente sostenibles

JUAN MARQUÉS

El Plan Estratégico de Terapias Avanzada relativo a los medicamentos CART, elaborado por el Ministerio de Sanidad, dejó más preguntas que respuestas a su paso por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La principal: ¿quién y cómo se financiarán las nuevas terapias? Porque el precio de los nuevos medicamentos amenaza con convertirse en una importante barrera, una vez que se trata de tratamientos que superan en su mayoría los 100.000 euros y que, en el caso de las revolucionarias terapias CART para tratar los cánceres de la sangre, se sitúan por encima de los 450.000 euros por paciente.

El proceso de tratar a cada enfermo de leucemia o linfoma con las primeras terapias de células T con



receptores de antígenos quiméricos o CAR, en sus siglas en inglés, es tan complejo como costoso. Y es que requiere, en primer lugar, extraer los linfocitos T del paciente para modificarlos genéticamente después en el laboratorio con el fin de que estén listos para combatir las células tumorales una vez que se inyectan o transfunden de nuevo al organismo del enfermo.

Hasta la fecha, Novartis y Gilead se encargan de reprogramar las células inmunitarias del enfermo en un proceso que cuesta más de 320.000 euros por paciente y al que hay que sumar los gastos asistenciales que acercan la factura al medio millón de euros. La manipulación y desarrollo de células CAR por laboratorios públicos del Sistema Nacional de Salud, que ahora se encuentra en fase experimental en centros como el Hospital Clínic o el Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, además del 12 de Octubre y la Paz en Madrid o el Virgen del Rocío en Sevilla, podrían reducir el coste, tal y como pretende Sanidad dentro de su plan para abaratar el precio de las terapias avanzadas.

Pero el reto que plantean los tratamientos disruptivos va mucho más allá. Por un lado, obliga a rediseñar el modelo de evaluación de las innovaciones y, sobre todo, de financiarlas mediante distintas fórmulas, ya se trate de pagos por resultados, pagos diferidos o cualquier otra vía que permita el rápido acceso de los pacientes sin comprometer el equilibrio de las cuentas sanitarias. El plan avanzado por Sanidad es un simple esbozo de que lo podría ser la futura red de centros de referencia para el uso y administración de estos medicamentos que plantea numerosos interrogantes, como el hecho de trasladar la carga financiera a las regiones que, como Madrid o Cataluña, gestionarán la mayoría de pacientes derivados.

El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, fue claro a la hora de abordar la financiación de unas terapias cuyo coste situó en 450.000 euros “como mínimo”. “Recibimos entre un 60 y un 40 por ciento menos del precio que cuesta el fármaco. Si tenemos una previsión de que pueda haber 10 pacientes a finales de año en la Comunidad de Madrid, tenemos que tener un horizonte presupuestario adecuado”, reclamó durante el pasado Consejo Interterritorial.

Un modelo podría ser el desarrollado por el NICE inglés. La agencia evaluadora de medicamentos inglesa recomendó el pasado mes de noviembre la financiación de Kymriah (tisagenlecleucel), el nuevo tratamiento contra la leucemia linfoblástica desarrollado por Novartis, para pacientes de menos de 25 años a un precio de 282.000 libras, que estaría acompañado de un descuento confidencial marcado por la multinacional. Su financiación corre a cargo del Fondo de Medicamentos contra el Cáncer, un instrumento

Nuevas terapias génicas en desarrollo

Pipeline de tratamientos basados en CAR-T

PRINCIPALES LABORATORIOS DESARROLLADORES	NÚMERO DE TERAPIAS CAR T EN DESARROLLO	NÚMERO DE ENSAYOS CLÍNICOS EN MARCHA
Juno Therapeutics (Celgene)	8	18
CARsgen Therapeutics	5	9
Autolus	4	6
Novartis	4	5
Mustang Bio	4	4
Kite Pharma (Gilead)	3	7
Aurora BioPharma	2	6
Sorrento Therapeutics	2	6
Bluebird bio/Celgene	2	4
Pfizer	2	4

Pipeline en desarrollo de terapias CAR-T

FASE	MOLÉCULAS CAR-T EN EL PIPELINE
Fase I	59
Fase II	32

Fuente: Decision Resources, 2018.

elEconomista

específico lanzado en 2016 para costear este tipo de tratamientos que cuenta con un presupuesto fijo para controlar el gasto y favorecer así un acceso rápido de los pacientes a estas terapias que tienen potencial curativo mientras el sistema recaba más datos e información sobre la eficacia de los nuevos medicamentos.

A diferencia del sistema inglés, España no cuenta todavía con ningún modelo de financiación para incorporar las nuevas terapias a la cartera de servicios, a pesar de que la consultora IQVIA prevé que este año se aprobarán y lanzarán entre cinco y ocho nuevas terapias al mercado. En los próximos cinco años calcula que serán entre ocho y nueve tratamientos los que llegarán al mercado cada año, el 20 por ciento de los 40-45 nuevos principios activos lanzados cada año. El *pipeline* actual de investigación de esta nueva generación de inmunoterapias personalizadas que se encuentra en su última fase de desarrollo clínico alcanza los 142 tratamientos, apenas un 5 por ciento del total, pero su impacto terapéutico será mayor porque se trata de técnicas de manipulación genética o celular que, en muchos casos, son curativas.

El cáncer de la sangre cuesta 12.000 millones de euros en Europa

La EMA ha aprobado hasta la fecha dos tratamientos como terapia de rescate. Se trata de Kymriah (tisagenlecleucel), de Novartis, en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda pediátrica; y Yescarta (axicabtagene ciloleucel), de Gilead, en linfoma difuso de células B grandes. Los precios fijados en Estados Unidos para las dos terapias son desorbitantes: 475.000 dólares para Kymriah y 373.000 dólares en el caso de Yescarta. El interés de las grandes multinacionales en copar este mercado es evidente. Gilead, por ejemplo, adquirió Kite Pharma, la desarrolladora de Yescarta, por 9.900 millones de euros.



Ángel Fernández, nuevo presidente de la LAWG

Ángel Fernández, presidente y director general de MSD en España y Portugal, es elegido presidente de la Asociación de Laboratorios Americanos (LAWG), integrada en Farmaindustria. Además de Ángel Fernández, el Gobierno de la LAWG estará compuesto por Roberto Úrbez, director general de BMS España; Sergio Rodríguez, director general de Pfizer España, y Eduardo Leiva, director general de AbbVie España como vicepresidentes.



Luz verde a la terapia de BMS en cáncer renal

El Comité de Medicamentos de Uso Humano de la EMA adopta una opinión positiva recomendando la aprobación de la combinación de nivolumab más dosis bajas de ipilimumab, de Bristol-Myers Squibb, para el tratamiento de primera línea de pacientes con carcinoma de células renales avanzado de riesgo intermedio y alto, una necesidad médica no cubierta en pacientes con este tipo de tumor.



Roche apuesta por el talento científico en España

Roche Farma organiza en su sede de Madrid **#StopFugadeCerebros: Apostando por el talento científico**, una jornada con el objetivo de apoyar la labor investigadora que se realiza en España y hacer hincapié en la necesidad de generar oportunidades al talento científico español. Stefanos Tsamousis defiende que la inversión en ciencia tiene que ser una prioridad social, política y económica. “Es necesario favorecer la educación y la cultura científica”, señala.



Autocuidado: capacidad para seguir creciendo

El director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (Anefp), Jaume Pey, señala que el mercado de autocuidado seguirá creciendo en España a ritmo del 2 por ciento anual en los próximos años. “Nuestro sector tiene capacidad para crecer más, pero depende mucho del marco económico y del entorno legislativo”, ha explicado Pey, al tiempo que ha reclamado un marco legal estable y predecible para las compañías.



Javier Hidalgo, CEO y presidente de Tedec Meiji Farma

Javier Hidalgo es nombrado nuevo presidente y CEO de Tedec-Meiji Farma, una nueva etapa profesional que afronta tras más de 25 años de experiencia en el sector farmacéutico. Licenciado en Ciencias Químicas, posee un Executive MBA por el IE Business School y un programa de Dirección y Desarrollo de Personas por el IESE. Hidalgo inició su carrera profesional en Roche Diagnostics para ocupar después disintos puestos en Sanofi y Pfizer.

Somos los primeros en cuidar tu salud

Para nosotros lo primero es estar cerca de ti con todo lo que pueda necesitar tu salud.

- Más de **100 hospitales, institutos y centros médicos**.
- Más de **35.000 profesionales** dedicados a tu salud.
- Todas las especialidades, los **tratamientos más avanzados y la última tecnología** médica.
- Una **atención experta y personalizada**.

Descubre nuestra forma de entender la salud, persona a persona.



 **quirónsalud**
La salud persona a persona



quironsalud.es



Mar Castellanos

Jefa de Neurología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Chuac)

Aunque el sexo masculino es un factor de riesgo bien reconocido en la posible aparición de un ictus, la mortalidad por ictus es mayor en mujeres, constituyendo en este grupo la primera causa de muerte en nuestro país

Diferencias de género en pacientes con ictus

El ictus supone la segunda causa de mortalidad, la segunda causa de demencia y la primera causa de discapacidad en países industrializados, lo que supone una enorme carga, tanto desde el punto de vista social como económico. Esta carga, sin embargo, parece ser diferentes en hombres y en mujeres. En efecto, aunque el sexo masculino es un factor de riesgo ictal bien reconocido, la mortalidad por ictus es mayor en mujeres, constituyendo en este grupo la primera causa de muerte en nuestro país.

Cuando las mujeres padecen un ictus, la gravedad del mismo es mayor, lo que va asociado a una mayor probabilidad de muerte pero también a una menor opción de recuperación y, en consecuencia, mayor grado de discapacidad, menor calidad de vida y una mayor probabilidad de institucionalización en las mujeres que sobreviven al ictus. Estas diferencias persisten, incluso, cuando la comparación se realiza entre pacientes de edad más joven, de forma que el sexo femenino per se parece responsable, en gran medida, de la enorme carga socio-económica asociada al ictus.

Un reciente análisis de los pacientes incluidos en el Registro de Ictus de la Sociedad Española de Neurología (RENISEN) desde

enero de 2011 hasta enero 2018 en 34 hospitales españoles confirma estos datos. El estudio ha incluido 14.599 pacientes varones y 10.567 pacientes mujeres. Un 83% presentaron un ictus isquémico, un 0,3% presentaron una trombosis venosa y el resto presentaron un ictus hemorrágico.

De acuerdo con estos datos, la comparación entre pacientes varones y mujeres demuestra que la edad de padecimiento del ictus es significativamente mayor en las mujeres (78 años vs. 71). Además, el pronóstico funcional a los 3 meses es peor en las mujeres de forma que sólo el 46% de las mismas se habían recuperado por completo o presentaban discapacidad leve frente a un 57% de los varones, y sólo el 52% de las mujeres pueden volver a domicilio tras haber presentado un ictus frente al 60% de los varones.

El estudio también confirma diferencias en cuanto a los factores de riesgo más frecuentemente asociados al ictus en mujeres y varones, siendo la hipertensión arterial y la fibrilación auricular más frecuentes en mujeres, mientras que el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la cardiopatía isquémica y la diabetes, en varones. Estos datos certifican aquí las diferencias previamente reportadas en otros países y establecen la base para implementar planes específicos de prevención y cuidados.



Mario Martín Conde

Subdirector General en España y Latinoamérica y responsable Global de Mercado de Seguros en AXPE Consulting

El gran reto no es integrar 'blockchain', eso llegará igual que los ordenadores, el fax o internet. El gran reto es asumir la mentalidad que conlleva el uso de este tipo de avances en los modelos organizativos

¿Y si no entendemos el cambio?

A diario se suceden a nuestro alrededor eventos sobre transformación digital, nuevas tecnologías y emprendimiento. Un cóctel que a veces empuja a las compañías a tomar decisiones apresuradas y a invertir en tecnologías o *startups* sin la preparación interna necesaria. Y es que el gran reto no es integrar *blockchain*, eso llegará igual que los ordenadores, el fax o internet. El gran reto es asumir la mentalidad que conlleva el uso de este tipo de avances en los modelos organizativos para que su utilización no sea rechazada como un órgano trasplantado.

Estas presiones generan incertidumbre, y el peor error es hacerse las preguntas equivocadas: "¿Qué tecnología debo integrar?", en lugar de "¿cómo adapto mi modelo de negocio a las nuevas exigencias del mercado?", puede hacer que empresas con décadas de experiencia sean vencidas por las prisas de adaptarse a un escenario en ebullición sin una estrategia para asentar cimientos capaces de soportar nuevas tecnologías en la superficie y un nuevo modelo de negocio con foco en el cliente.

A veces hay que desaprender para volver a aprender, y ese puede ser el desafío de la industria centenaria del seguro. Hace 20 años, vivimos en España el lanzamiento de Tirea, la mayor iniciativa de cooperación del sector asegurador en Europa, y el

desafío fue que grandes corporaciones vieran internet como un vehículo para crecer cuando internet no era más que el germen de lo que es hoy. Pero no solo se implementaron soluciones sino que el sector evolucionó, abrazando el cambio desde dentro gracias a la "visión" de ciertas personas.

En la actualidad, para hacer frente a los retos que plantean herramientas tan disruptivas como lo fue internet, es importante cambiar los sistemas operacionales que dan soporte a los procesos, para romper otra vez los esquemas de una industria que necesita adaptarse frente al empuje de las *insurtech* y la perenne amenaza de la entrada de las GAFAs en asociación, o sin ella. Y ya vemos las primeras alianzas en España entre empresas aseguradoras con multinacionales del comercio electrónico abriendo la primera *oficina virtual*.

El futuro pasa por entender la necesidad de integrar soluciones disruptivas una vez el modelo de negocio y la estructura organizativa los puede soportar. Eso les asegurará el éxito en la adaptación a un mercado en el que el cliente espera una rapidez y eficacia que ya conoce en otros ámbitos de su vida, y que solo permiten las tecnologías más innovadoras. La transformación de los procesos, nuevos modelos de relación con clientes y asociados, y una nueva cultura corporativa. Si no cambian las personas nada de lo anterior tendrá sentido.

FALTA DE ADHERENCIA: UN AGUJERO DE 11.000 MILLONES

La carga económica, social y sanitaria del incumplimiento de los tratamientos exige coordinar actuaciones, integrar esfuerzos y mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes

JUAN MARQUÉS

El medicamento que no se toma es el que más cuesta". Es una de las frases hechas que se repite en la sanidad española desde hace décadas sin que nada o poco haya cambiado hasta la fecha. La falta de adherencia a los tratamientos prescritos sigue estando por encima del 50 por ciento, según los resultados de la mayor encuesta a pacientes realizada en España hasta la fecha por el Observatorio de Adherencia al Tratamiento (OIT), datos que concuerdan con los

difundidos por la Organización Mundial de la Salud. Es decir, uno de cada dos pacientes no cumple el tratamiento marcado, ya sean fármacos, dieta, ejercicio o estilos de vida saludables, por distintas razones. Esta es la realidad que afronta el Sistema Nacional de Salud y unas comunidades autónomas que no disponen de una estrategia nacional ni regional para afrontar un problema global de salud pública que supone además una extraordinaria carga económica y derroche de recursos. No hay que olvidar que, según datos aportados por el



propio Ministerio de Sanidad, el incumplimiento de los tratamientos cuesta cada año 11.000 millones de euros a la sanidad española, cerca del 18 por ciento del gasto público conjunto.

El Grupo OIT es una de las organizaciones que han situado la falta de adherencia en la agenda sanitaria. Desde hace más de siete años trabajan en aglutinar esfuerzos profesionales e institucionales para revertir esta tendencia y lograr una mayor implicación del paciente en el cumplimiento de sus tratamientos. Para el presidente del Grupo OIT, José Luis Casteig, “el objetivo final es un cambio conductual del paciente, porque la mayoría de las veces no es por olvido o por renta, sino porque no están concienciados y hay que vencer una tendencia a ser pasivos y no activos en la mejora de nuestros hábitos saludables”, explicó durante las VII Jornadas de la Adherencia al Tratamiento.

De las respuestas obtenidas en 2017 en la encuesta a 6.300 pacientes en 12 patologías distintas, la renta no afectaría a la adherencia en España. “Nadie deja de tomar un medicamento porque no pueda adquirirlo a día de hoy”, según subrayó José Luis Casteig. Esta afirmación contrasta con el 4,7 por ciento de la población española que admite no haber tomado una medicación prescrita por razones económicas, según el *Barómetro Sanitario 2017*. Son los datos que Sanidad ha utilizado para justificar su propuesta de modificación del actual sistema de copago farmacéutico. El Gobierno pretende así eliminar el copago farmacéutico para los pensionistas con rentas inferiores a los 800 euros en 14 pagas y para las personas con rentas anuales inferiores a 9.000 euros, que tengan un hijo o más a su cargo. Es la receta que Sanidad aplicará para “favorecer el acceso a las prestaciones sanitarias y mejorar la adherencia, en especial, de los grupos más desfavorecidos”, según apuntó Marisa García Vaquero, subdirectora adjunta de la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios, en la clausura de la jornada.

Desde el Ministerio de Sanidad no se han avanzado

otras medidas que permitan abordar la falta de adherencia a los tratamientos, más allá de levantar una “barrera económica” del copago farmacéutico que, a juzgar por la encuesta de la OIT, no tiene ninguna incidencia en un problema complejo y de gran trascendencia, como admitieron los expertos reunidos en la jornada celebrada en Madrid.

A falta de una estrategia, las comunidades autónomas están avanzando con distintos programas e iniciativas que buscan mejorar las tasas de cumplimiento de la medicación. Uno de los ejemplos más destacados y premiados por su eficacia es precisamente el programa de atención farmacéutica domiciliaria desplegado por el País Vasco desde 2013 y que ahora ha utilizado la profesión enfermera para oponerse a la ley de farmacia de la Comunidad de Madrid que regula la atención domiciliaria. El director general de Farmacia del País Vasco, Iñaki Betolaza, señaló que el programa en el que participan 334 farmacias y que cuesta a la Administración 31,6 euros por paciente al mes “aporta valor, es coste efectivo y tiene un efecto demostrable”. Los resultados están a la vista y

la tasa de adherencia de los 850 pacientes polimedicados asistidos por los farmacéuticos de oficina de farmacia se ha incrementado en un 46 por ciento, hasta alcanzar una tasa de cumplimiento del 98 por ciento. “Es un claro ejemplo de colaboración público-privada que desarrolla programas de seguimiento farmacoterapéutico que son funciones claramente atribuibles a la profesión farmacéutica y donde las relaciones entre profesionales están resultando exitosas”, destacó Betolaza.

Otras iniciativas autonómicas apuntan al potencial sin explotar que ofrece el sistema de receta electrónica. Canarias, por ejemplo, dispone de un sistema que avisa al médico del paciente si no ha retirado la medicación prescrita de la farmacia en un plazo de tres meses.

Pero uno de los problemas sin resolver es que “si bien se conoce el perfil del paciente no cumplidor, no sabemos el porqué”, apunta Ernesto Cortés, profesor de Farmacología de la Miguel Hernández de Alicante, como una de las áreas donde los profesionales sanitarios deben incidir.





José Antonio García Erce / Miguel Montoro

Hematólogo y responsable del Banco de Sangre de Pamplona / Gastroenterólogo responsable de formación de la Asociación Española de Gastroenterología

Hasta el 25% de la población padece anemia. La anemia afecta tanto a la capacidad física como psíquica e intelectual. Y el déficit de hierro es su principal causa, siendo esta la alteración nutricional más frecuente en el mundo

El déficit de hierro, un mal silencioso y muy frecuente

Hasta el 25% de la población padece anemia, según estudios de la Organización Mundial de la Salud. La anemia afecta tanto a la capacidad física como psíquica e intelectual. Y el déficit de hierro es su principal causa, siendo esta la alteración nutricional más frecuente en el mundo.

Ante dicha situación, diferentes organismos y entidades han dado la voz de alarma, admitiendo que el déficit de hierro es un problema de mayor magnitud de lo esperado y que debe ser bien gestionado. A todo ello se une el desconocimiento de la población de los síntomas de esta patología y de los importantes efectos que puede tener sobre la salud. Por tanto, a pesar de su prevalencia, conseguir un correcto diagnóstico y abordaje del déficit de hierro es un reto.

Un reto que cada año se hace visible gracias al Día del Déficit de Hierro, que se celebró el 26 de noviembre. Una iniciativa de Vifor Pharma a nivel internacional que trata de dar a conocer de una manera sencilla, accesible y fácil de entender este mal silencioso.

Pero son muchos los agentes que deben implicarse (sociedades científicas, profesionales sanitarios,

ciudadanos...) para favorecer un adecuado conocimiento del metabolismo del hierro y evitar con ello tratamientos innecesarios y/o inadecuados, porque a menudo se confunde anemia con déficit de hierro y se consideran erróneamente sinónimos: no todas las anemias son ferropénicas y puede producirse ferropenia sintomática sin haberse dado todavía la anemia.

La astenia, el cansancio, el agotamiento, el dolor muscular, la irritabilidad, la falta de concentración y/o un mal rendimiento escolar o deportivo, son algunos de los principales síntomas del déficit de hierro. Sin embargo, como suele ser tan habitual y de aparición tan progresiva, muchas personas se acostumbran e incluso lo llegan a considerar normal. Sólo cuando es correctamente tratado y corregido la persona es consciente de lo mal que estaba.

En los últimos años se ha demostrado la relación del déficit de hierro, no sólo con un mayor riesgo de desarrollar una anemia o una recaída, sino además con una peor calidad de vida, mayor riesgo de infecciones, de partos prematuros o neonatos de bajo peso.

Un mal silencioso que se hace sobre todo visible cuando se

acude a los bancos de sangre a hacer donaciones. En concreto, entre el 25 y 50% de las mujeres donantes sanas y en edad fértil tienen déficit de hierro (ferropenia) frente a un 5% de los varones donantes habituales. Y es que en la actualidad el nivel de hemoglobina por debajo de lo aconsejable o la presencia de anemia es la causa principal de rechazo temporal de los donantes de sangre. De ahí la importancia de su prevención, estudio y tratamiento precoz, para así preservar y mejorar la calidad de vida de los donantes en particular y de la población en general.

Además, el déficit de hierro afecta con especial gravedad a los pacientes con enfermedades crónicas. Es un marcador pronóstico negativo de muchas condiciones médicas, factor de riesgo para el desarrollo de muchas enfermedades y el “primer signo de alarma” de muchas de ellas, de ahí que se haya convertido en un objetivo terapéutico prioritario en los últimos años. Así, son muchas las patologías que acusan la falta de hierro. Se conoce su relación, entre otras, con la insuficiencia renal crónica, las enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Chron y colitis ulcerosa) o la insuficiencia cardiaca.

No obstante, la principal causa de déficit de hierro son las patologías digestivas al repercutir sobre la absorción de micronutrientes o conllevar pérdida de sangre en las heces. Tal es el caso, entre otras, de la enfermedad celiaca (enfermedad intestinal crónica más frecuente), la intolerancia al trigo no celiaca (puede llegar a afectar hasta el 10% de la población general y hasta el 20% de estos casos presentan

ferropenia), la enfermedad inflamatoria intestinal (entre el 60-80% presentan ferropenia de origen multifactorial) o los tumores del tubo digestivo, especialmente el cáncer de colon.

En este tipo de patologías, el impacto de la anemia ferropénica o el déficit de hierro sobre la salud depende en gran medida de dos factores: la magnitud del trastorno en sí mismo (grado de anemia/déficit de hierro) y las comorbilidades que agravan el pronóstico de los pacientes. Todas las combinaciones son posibles. El cáncer de colon o la enfermedad inflamatoria intestinal que requieren cirugía, por ejemplo, tienen peor pronóstico si la anemia o la ferropenia no son corregidas durante la evaluación preoperatoria. Por tanto, como médicos es conveniente que investiguemos la presencia de este trastorno, incluso sin anemia, especialmente en escenarios de alta sospecha o probabilidad clínica.

En definitiva, es fundamental el correcto manejo del hierro para mejorar el estado general y la calidad de vida de nuestros pacientes y de la población general. Y, por un lado, la implantación de programas específicos de diagnóstico y tratamiento del déficit de hierro contribuye a mejorar los resultados clínicos de los pacientes y también redundará en una reducción del consumo de recursos sanguíneos (transfusiones), con el consiguiente ahorro económico. Mientras que, por otro, la celebración del Día del Déficit de Hierro y las iniciativas que se llevan a cabo entorno al mismo son de gran ayuda para dar a conocer un problema real y grave que, sin embargo, se sospecha, reconoce y diagnostica poco, pero se trata menos.

José Antonio García Erce / Miguel Montoro

Hematólogo y responsable del Banco de Sangre de Pamplona / Gastroenterólogo responsable de formación de la Asociación Española de Gastroenterología

La implantación de programas específicos de diagnóstico y tratamiento del déficit de hierro contribuye a mejorar los resultados clínicos de los pacientes y también redundará en una reducción del consumo de recursos sanguíneos



Fenin defiende la “solvencia” técnica de la Aemps

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) expresa su compromiso de seguir trabajando junto con las Administraciones y los profesionales sanitarios para mejorar el sistema de evaluación y seguimiento de los productos sanitarios y defiende el “prestigio y solvencia técnica” de la Aemps ante la investigación *Implant Files*, publicada por el Consorcio Internacional de Periodistas de Investigación, en el que han participado 58 medios.



El HU Rey Juan Carlos estrena quirófano híbrido

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos, integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, incorpora un quirófano híbrido de última generación que convierte al centro en referente en su entorno en cuanto a dotación tecnológica. Se trata de un paso más hacia técnicas cada vez menos invasivas basadas en el uso de catéteres o accesos remotos a través de cirugía robótica, ha destacado el centro en un comunicado.



126 centros cuentan ya con la acreditación QH

En concreto, 39 entidades presentan sus candidaturas para conseguir la acreditación por primera vez; 27, para mejorar de categoría; y 42, para renovar la QH obtenida en las ediciones II y III, ya que este reconocimiento tiene un periodo de vigencia de dos años. “El trabajo realizado por las organizaciones sanitarias en este sentido es claro, ya que buscan implantar una cultura de calidad total”, explica Luis Mayero, presidente del Idis.



MRS selecciona los hospitales con mejor reputación

El *ranking* de hospitales privados está liderado por la Clínica Universidad de Navarra, Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Hospital Universitario HM Sanchinarro/Clara Campal, Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela y Centro Médico Teknon-Quirónsalud. Este año se ha logrado una participación récord en el estudio con 5.656 encuestas a profesionales y la evaluación de 180 indicadores objetivos.



Carlos Monfort, nuevo ‘dircom’ del Grupo PSN

El Grupo PSN nombra a Carlos Monfort Utrilla nuevo director del Área de Marketing y Comunicación. Pasa así a formar parte del Comité de Dirección, recogiendo el testigo al frente del Área de Cristina García, directora general del Grupo PSN desde finales de 2016. Monfort es licenciado en Gestión Comercial y Marketing y MBA por ESIC, y ha desarrollado su carrera profesional en entidades como Nationale Nederlanden, entre otras.

Miguel LÓPEZ

Doctor en Neurociencia y fundador y consejero delegado de Walden Medical

La compañía fundada en Gijón en 2016 trabaja en el diseño de un estimulador nervioso no invasivo que será controlado a través del smartphone, para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos y neurológicos.

La compañía Walden Medical es una empresa de tecnología médica fundada, en 2016, en Gijón, por Miguel López, doctor en Neurociencia por la Universidad Complutense de Madrid, Pedro Bermejo, neurólogo en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid, e Iñaki Larraya, bioingeniero por la Universidad de Navarra. La empresa, que ha recibido diferentes ayudas de financiación por parte de Gijón Impulsa mediante distintos instrumentos de incentivos y un préstamo participativo, colabora con hospitales y centros de investigación nacionales e internacionales con el objetivo de desarrollar sistemas de neuroestimulación no invasivos para el tratamiento de desórdenes y patologías médicas relacionados con el sistema nervioso, aplicando el potencial que ofrecen las tecnologías móviles.

Su primer proyecto, XANA, es un neuroestimulador inteligente del nervio vago para la reducción del estrés, en concreto, para el tratamiento del trastorno adaptativo, lo que le convierte en el primer tratamiento médico del mercado para el manejo de este desorden, de forma segura, sin los efectos secundarios de los ansiolíticos, y efectiva, capaz de reducir el estrés en sesiones de menos 20 minutos. XANA se compone de un wearable -neuroestimulador auricular-, que permite monitorizar variables fisiológicas relacionadas con el estrés, conectado con un dispositivo móvil -*smartphone*, pulseras de actividad-, permitiendo ofrecer tratamientos personalizados. Este proyecto se encuentra en fase de validación clínica. Durante 2019 se realizarán ensayos clínicos en hospitales y centros de investigación nacionales e internacionales para demostrar su seguridad y eficacia, con el objetivo de comercializarse en 2020. En el futuro, la tecnología que está desarrollando Walden Medical podría ser aplicada al tratamiento de otras patologías psiquiátricas como la depresión y la ansiedad, y/o neurológicas como la migraña y epilepsia. Desde su nacimiento, Walden Medical el Premio Impulsa, el Sello de Excelencia de la Unión Europea dentro del Programa H2020, el Sello de PYME Innovadora del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, y el Premio la Mejor Idea Emprendedora del programa *Emprende* de RTVE.



EE

WALDEN MEDICAL, LA FIRMA ASTURIANA QUE BUSCA EL TRATAMIENTO PERSONALIZADO DEL ESTRÉS

TABAQUISMO: LOS MÉDICOS, DIVIDIDOS ANTE LA NICOTINA

La comunidad científica no logra un consenso sobre qué papel debe jugar el cigarrillo electrónico y el tabaco calentado en la estrategia en la lucha contra el tabaquismo

ALBERTO VIGARIO

Desde su introducción en el mercado en el año 2008, los cigarrillos electrónicos y más recientemente los nuevos dispositivos de tabaco calentado han provocado una importante controversia entre los médicos sobre cuál debe ser su papel a la hora de luchar contra el tabaquismo. Cada vez hay más expertos de diferentes especialidades médicas que insisten en la importancia de que en aquellos pacientes que han desarrollado patologías asociadas al tabaquismo y no pueda o quiera dejar de fumar, el fumador abandone el consumo de tabaco convencional con estas terapias alternativas que, sin ser inocuas, produzcan menos daño. Otra buena parte de los profesionales médicos entienden, sin embargo, que esta estrategia lo único que consigue es ralentizar el proceso de desnormalización del consumo, reducir el número de fumadores que intentan dejar de fumar e incluso seducir a los jóvenes no fumadores.

En ambas posturas, la nicotina es el elemento que aparece como la principal fuente de discrepancia. El experto en medicina interna Josep Maria Ramon Torrell, jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Bellvitge y responsable de su unidad de tratamiento del tabaquismo explica que el humo del tabaco es el que provoca la enfermedad en sí misma, no la nicotina. “La nicotina no es el problema. Nos debemos focalizar más en el daño que en la nicotina. Este especialista está a favor tanto del uso del cigarrillo electrónico como del tabaco calentado para un tipo de fumador. “Aproximadamente, el 15 por de los fumadores que son derivados a las unidades de tabaquismo no quiere dejar de fumar. Habría que incorporar las estrategias de reducción del daño en nuestra práctica clínica diaria, dirigidas tanto a aquellos pacientes con los que se han utilizado los tratamientos estandarizados para dejar de fumar y no han funcionado como a aquellos que no quieren dejar de fumar”, señala.

El cardiólogo Vivencio Barrios, del Hospital Ramón y Cajal, también subraya la importancia de que el paciente abandone el tabaquismo con cualquier tipo de estrategia terapéutica disponible y, “en última instancia,



cuando no se consigue que el paciente lo deje, hay que apostar por alternativas que, sin ser inocuas, produzcan menos daño en su salud cardiovascular". Este especialista destaca para ello los datos de un estudio recientemente presentado en el Congreso Europeo de Enfermedad Cardiovascular, en el que se demostraba que aproximadamente el 34 por ciento de los pacientes con enfermedad coronaria no abandona el hábito tabáquico. "Este grupo de fumadores fumaba antes de sufrir un infarto y siguen fumando después. Por tanto, la situación es muy preocupante con este tipo de usuarios y tenemos que hacer más cosas".

Productos de riesgo reducido

El experto en evaluación de tecnologías sanitarias y antiguo consultor de la OMS, José María Recalde, tiene claro que el problema con el tabaco no es la nicotina, sino la combustión. "La recomendación que cualquier profesional debería hacer es la abstinencia, pero para algunos pacientes que no son capaces de abandonar el uso, el tabaco calentado sería bastante conveniente", afirma. "La gente fuma por la nicotina, pero muere por el alquitrán. El calentamiento del tabaco a una temperatura que impida liberar los productos más tóxicos es sin duda una buena solución", añade. Este experto ha analizado las políticas de reducción del daño en tabaquismo que están considerando diversas autoridades y organismos de países avanzados, como Reino Unido, Estados Unidos o Noruega. "Dichas políticas suponen la administración de nicotina bajo distintos soportes, evitando la exposición a sustancias carcinógenas y tóxicas asociados a la combustión", asegura. Según Recalde, la evidencia científica hasta el momento demuestra una reducción de las sustancias dañinas en un 95 por ciento respecto al humo del cigarrillo. En España, sin embargo, el principal grupo de expertos, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) no acepta aún este enfoque.

El oncólogo Enrique Grande, jefe de Oncología del MD Anderson Cancer Center de Madrid, pide más información sobre los nuevos productos. "Dentro de los 14 o 15 tumores más frecuentes, 12 están relacionados con el consumo de tabaco. Concretamente, el segundo tumor con mayor prevalencia, tanto en varones como en mujeres, es el cáncer de pulmón. Así pues, todo lo que sea reducir efectos dañinos será bienvenido", asegura. También el doctor Xavier Pintó, especialista en Medicina Interna del Hospital de Bellvitge cree que aún "las herramientas de reducción del daño para luchar contra algo tan grave como el tabaquismo son poco conocidas, tanto

15%

Este porcentaje de fumadores de las unidades de tabaquismo no quiere dejar de fumar



por pacientes como por médicos y sería necesaria más información y máximo rigor en la información que se transmita sobre estas alternativas".

El especialista en psiquiatría Néstor Szerman pone el foco en la influencia del tabaquismo en las personas con enfermedad mental grave. "Los pacientes con psicosis pueden consumir entre 60 y 80 cigarrillos diarios y, debido a esto, tienen una esperanza de vida 15 años menor que la media de la población. En estos pacientes la solución no es la abstinencia, sino reducir el consumo o sustituirlo por alternativas menos dañinas", señala.

De momento, en Reino Unido, el Comité de Ciencia y Tecnología del Parlamento Británico ya ha emitido un informe recomendando acciones sobre el cigarrillo electrónico y en las que se incluye el tabaco calentado. La preocupación por el hecho de que los cigarrillos electrónicos pudieran convertirse en una puerta de entrada al hábito de fumar no se ha materializado, incluso en el caso de jóvenes no fumadores, indica el informe. "Si se utilizan debidamente, los cigarrillos electrónicos pueden convertirse en una herramienta clave del NHS para que la población deje de fumar". Los cigarrillos electrónicos han demostrado ser una herramienta para dejar de fumar y, aunque sigan existiendo dudas sobre sus consecuencias a largo plazo para la salud, ignorarlos podría suponer un uso continuado de los cigarrillos convencionales, que actualmente matan a unas 79 000 personas en Inglaterra todos los años".



Juan Carlos Montero Arroyo

Vocal de Publicidad, Comunicación y Redes del Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad de Madrid (Copoma)

La incorporación de la figura del podólogo dentro de las Instituciones Sanitarias Públicas, además de contar ya con el respaldo legal necesario, resultaría plenamente recomendable, e incluso exigible

Inclusión de la podología en la Seguridad Social

La podología aplica todo el conocimiento científico disponible para tratar las diferentes afecciones de los pies, por lo que la incorporación de la figura del podólogo dentro de las Instituciones Sanitarias Públicas, además de contar ya con el respaldo legal necesario, resultaría plenamente recomendable, e incluso exigible. Desde el Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad de Madrid (Copoma) se trabaja para poner en valor a esta ciencia y sensibilizar a la sociedad, a otras profesiones sanitarias y a los responsables políticos y funcionarios de salud de los gobiernos sobre el impacto y los peligros de las dolencias del pie. Pues la mala resolución de un pequeño problema puede desembocar en cuestiones mucho más graves para salud, y que afectan también a otras partes del cuerpo. La existencia de estos profesionales en el hospital evitaría una gran cantidad de problemas derivados de tratamientos de ciertas afecciones con soluciones más drásticas. De hecho, la experiencia de algunas comunidades autónomas demuestra los beneficios de la incorporación de la podología en los servicios públicos, como el caso de la Comunidad Autónoma de Cantabria, donde ya existe el servicio de Podología, tanto en Hospitalaria como en Atención Primaria, habiendo obtenido

resultados altamente favorables en términos generales, tanto para la prevención de la salud como para la curación de los pacientes ya aquejados por alguna dolencia. La reducción de listas de espera, ingresos hospitalarios y cirugías, o el acortamiento de estancias post-quirúrgicas, son algunas de estas muestras que corroboran los beneficios que supondría para salvaguardar la salud y el bienestar de las personas, además del ahorro económico que representaría para las arcas públicas.

De este modo, la situación actual se manifiesta desigual y discriminatoria entre los ciudadanos a nivel nacional ya que, en función a la comunidad autónoma en la que se viva, se tendrá un servicio sanitario más completo y de mejor calidad que en otras. Comunidades como Castilla-La Mancha, Andalucía, o Cataluña, cuentan con diferentes convenios. No obstante, únicamente una comunidad autónoma ofrece estas prestaciones dentro de la sanidad pública, estando otras muchas a la espera de que se apruebe del Decreto correspondiente. Por ello desde el Consejo General de Podólogos reivindican la inclusión de profesionales podólogos dentro de la Sanidad Pública a nivel estatal, pues existe una gran cantidad de afecciones que deben ser tratadas directamente por un profesional de la Podología.

DISFRUTE DE LAS REVISTAS DIGITALES

de **elEconomista**.es

Digital 4.0
Factoría & Tecnología
elEconomista

Transporte
y Movilidad
elEconomista

Inversión
a fondo
elEconomista

Pensiones
elEconomista

Seguros
elEconomista

Agua
y medio ambiente
elEconomista

Sanidad
elEconomista

País Vasco
elEconomista

Andalucía
elEconomista

Energía
elEconomista

Agro
elEconomista

Pymes
Autónomos y emprendedores
elEconomista

Valenciana
Comunitat
elEconomista

Inmobiliaria
elEconomista

Franquicias
elEconomista

Luris & lex
elEconomista

Buen Gobierno
y RSC
elEconomista

Catalunya
elEconomista

Alimentación
y gran consumo
elEconomista



Disponibles en todos
los dispositivos
electrónicos

Acceso libre descargándolas en:

- Descárguelas desde su ordenador en www.economista.es/kiosco
- También puede acceder desde su dispositivo **Android** en **Play Store** 
- o **Apple** en **App Store**  escribiendo **elEconomista** en el **buscador** 

JACK WEST

Oncólogo estadounidense. Director del programa de Oncología Torácica del Swedish Cancer Institut en Seattle.

EL ECONOMISTA

La farmacéutica española PharmaMar espera que la compañía pueda dar un salto de valor considerable en el caso de que obtenga la aprobación para su tratamiento en investigación contra el cáncer de pulmón de célula pequeña denominado *Zephyr*, nombre comercial de la molécula de origen marino lurbinedina. Actualmente, el medicamento se encuentra en fase III de investigación -la última- y PharmaMar calcula finalizar el reclutamiento de pacientes en el tercer trimestre de 2018 y tener los datos finales de supervivencia global en el segundo semestre del 2019. En esta entrevista, el doctor Howard Jack West, un reputado oncólogo estadounidense que dirige el programa de Oncología Torácica del Swedish Cancer Institute de Seattle, uno de los centros de mayor prestigio en el tratamiento del cáncer del pulmón en EEUU, habla sobre las posibilidades que le ve al tratamiento de PharmaMar. En el último Congreso internacional sobre cáncer de pulmón, celebrado en Toronto a finales de septiembre, el doctor Jack West habló sobre las últimas investigaciones en los tratamientos de esta patología y destacó especialmente a la molécula de PharmaMar.

¿Cuál es el estándar de tratamiento en cáncer de pulmón microcítico?

Han sido más o menos 20 años sin mejoras significativas en relación a lo que

“Llevamos 20 años sin tener novedades **en este tipo de cáncer**”

“Hay un gran vacío sobre todo en la segunda **opción de este tratamiento**”

“Lo que más me impresiona de lurbinedina es **su actividad por separado**”



EE

“El fármaco de PharmaMar es el principal candidato para el cáncer de pulmón microcítico en segunda línea”

hemos estado haciendo desde que empecé en la práctica con este tipo de cáncer, y no ha sido por falta de intentarlo. Ahora hemos recibido los últimos datos del estudio con con Atezolizumab (Tecentriq) y Bevacizumab (Avastin) más carboplatino y paclitaxel (quimioterapia) para el tratamiento inicial (en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico que no han recibido quimioterapia. Realmente consideraría que ahora este es un nuevo estándar de atención.

¿Y qué opciones hay para la segunda línea de tratamiento?

Creo que en el contexto del cáncer de pulmón de células no pequeñas habrá más pacientes y médicos interesados en administrar docetaxel y ramucirumab, por los que no hemos tenido un gran apetito históricamente. Si se atienden más pacientes con un mejor estado de rendimiento, creo que el docetaxel ramucirumab sigue siendo el último recurso que está en segunda línea. Sé que estamos hablando de células pequeñas, pero la razón por la que lo menciono es que podemos ver lo mismo, podemos ver gente... Personalmente, estoy revisando un poco mi punto de vista sobre el topotecán, particularmente viendo cómo está conduciendo a resultados significativamente mejores que la inmunoterapia, o al menos a una inmunoterapia débil, lo que me hace pensar que tal vez no deberíamos haber sido tan reflexivos o desdefiosos con el topotecán. Pero la gente no toera bien el topotecán por las molestias y la toxicidad.

¿Hay un vacío entonces en el tratamiento de segunda línea?

Sí, claramente.

¿Qué potencial le ve a lurbinectedina?

Creo que Lurbinectedina es lo suficientemente compleja como para que no sea una narrativa fácil de contar. Lo que más me impresiona es su actividad, especialmente como agente único. Los últimos datos me han parecido muy interesantes. Diría que estoy más que impresionado por eso.... Es estupendo cuando se tiene una combinación con un medicamento que puede tener actividad como la doxorubicina y se ve una actividad muy alentadora, pero en cualquier combinación con un medicamento activo conocido es difícil saber cuál es el que está haciendo el trabajo pesado o si es sólo un sesgo de selección. Viendo que hay una actividad de agente único con Lurbinectedina que es bastante impresionante, para mí es una marca que esto debe ser notado porque obviamente no se puede atribuir al fármaco con la que se está



ISTOCK

“La
inmunoterapia va
a ser muy usada
en primera
línea”

“Para los
pacientes que
recaigan sólo
tenemos el
topotecan”

“Lurbinectedina
es la opción
ahora más
importante en
segunda línea”

asociando. Otra de las cosas que creo que podría suceder, y todavía tengo que ver porque realmente no hemos hecho quimioinmunoterapia de forma rutinaria, es que los pacientes pueden, con una terapia más agresiva por adelantado, progresar pero no progresar con la misma carga de la enfermedad.

¿Qué esperaría como especialista de lurbinectedina para adoptar su uso?

Creo que estaría buscando al menos una Supervivencia Libre de Progresión de cuatro meses y una duración de respuesta de probablemente cuatro o cinco meses. Tomaríamos una enfermedad estable prolongada con una terapia tolerable. Como dije, nuestro comparador es tal vez topotecán, pero en realidad lo estamos viendo en gran medida en comparación con la atención de apoyo. Creo que es por eso que ahora mismo diría que la gente no está usando mucho topotecán porque es una cuestión de si vale la pena hacer esto en comparación con no tratarlo en absoluto.

¿Cuál va a ser el papel de la inmunoterapia?

Mi opinión siempre ha sido que la gente va a estar fascinada por la inmunoterapia, pero la inmunoterapia tiene una atracción gravitacional en el entorno de primera línea, así que creo que la primera línea va a ser un campo de batalla de tal vez quimioinmunoterapias. Creo que es posible, pero no probable, que termine como un grupo significativo de pacientes que reciben inmunoterapia seguida de quimioterapia. No creo que eso sea posible. Creo que es probable que veamos en la célula pequeña lo que vimos en la célula no pequeña, que es que ahora va a haber una combinación de inmunoterapia y quimioterapia y sólo diferentes permutaciones de eso y luego nos vamos a quedar con este vacío enorme de qué hacer después. Todo el mundo va a progresar en algún momento, algunos mucho antes que otros, y lo único que nos queda es el topotecan.

¿Y en ese vacío quién tiene hoy día más ventaja?

Yo diría que lurbinectedina es ahora mismo la opción más importante en segunda línea. Diría que hay muchas oportunidades en primera línea y tal eventualmente PharmaMar intentará hacer lo mismo que cualquier otra compañía farmacéutica que esté en este campo, es decir, tratar de conseguir un punto de apoyo en la segunda línea y luego intentar pasar a la primera línea como una combinación.

IMI: UNA VENTAJA COMPETITIVA DEL I+D EUROPEO

La colaboración público-privada entre la Comisión Europea y la Efpia se ha convertido en un modelo de investigación de éxito a través de la Iniciativa de Medicamentos Innovadores

JUAN MARQUÉS

Lanzada hace diez años, la Iniciativa de Medicamentos Innovadores (IMI), costeada al 50 por ciento por la Comisión Europea y la Federación Europea de la Industria Farmacéutica (Efpia), ha conseguido movilizar recursos por valor de más de 5.300 millones de euros para impulsar 107 proyectos de investigación de medicamentos innovadores. Se trata de un modelo de colaboración abierta en investigación “único en el mundo y muy difícil de replicar”, según destacó Pierre Meulien, director ejecutivo del IMI, durante el acto organizado en la sede del Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (CDTI) para celebrar el décimo aniversario de la iniciativa. “Se trata

de una nueva forma de trabajo que comenzó tímidamente hace diez años y que hoy ya no tiene vuelta atrás”, indicó Javier Urzay, subdirector general de Farmaindustria.

El objetivo del proyecto europeo es movilizar todo el potencial investigador al alcance, desde profesionales sanitarios e investigadores a hospitales, empresas, reguladores, asociaciones de pacientes o centros de investigación públicos y privados para avanzar en el desarrollo de la investigación farmacéutica y acelerar el acceso de los pacientes a terapias personalizadas en áreas con necesidades médicas no cubiertas.

La participación de las universidades y empresas españolas es además creciente, según los datos aportados por Marta Gómez Quintanilla, representante española en la iniciativa IMI del CDTI. Si en los primeros años, los retornos económicos apenas alcanzaban el 3 por ciento de los recursos movilizados, el porcentaje se ha ampliado en la segunda convocatoria IMI2 (2014-2020) al 5,9 por ciento por un valor de 88 millones de euros y durante los dos últimos años ha escalado al 8 por ciento del total de unas subvenciones que han gestionado durante todo el periodo 69 centros españoles, 55 públicos y 14 empresas privadas, según los datos facilitados por el CDTI.

Las entidades españolas participan así en más de la mitad de los consorcios de investigación (58 de 112) y coordinan seis de ellos. España figura en sexta posición en un *ranking* de países que encabeza el Reino Unido, país que absorbe el 28,6 por ciento de unos fondos cuyo futuro están en entredicho por su inminente salida de la Unión Europea. Junto con Francia, Alemania y Holanda acaparan más del 60 por ciento del presupuesto del proyecto.

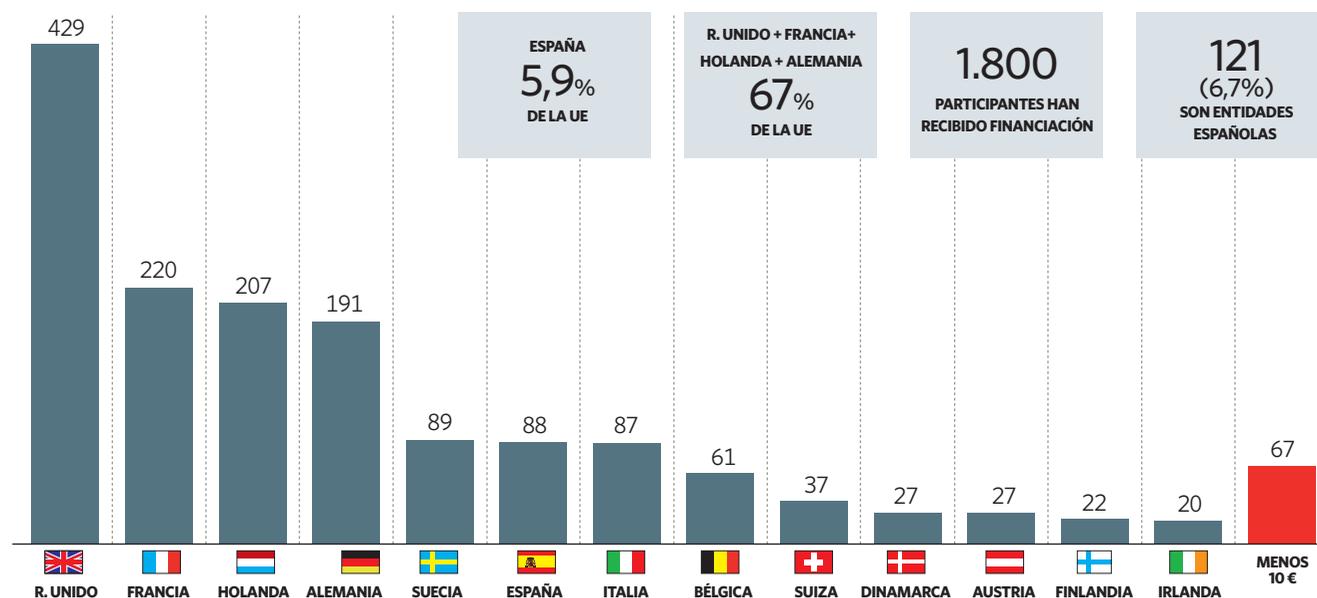
Cataluña es la región que más fondos europeos ha acaparado, con el 48 por ciento de la financiación revertida en España, seguida de Madrid (20 por ciento), Andalucía (18 por ciento) y Castilla y León (10 por ciento).

Entre los retos de IMI, Pierre Meulien se refirió a la necesidad de atraer a centros y empresas de otros sectores para colaborar en objetivos compartidos, en especial a programas de uso de las nuevas tecnologías de la información y de análisis de *big data*.

Precisamente, algunos de los proyectos que cuentan con sello o participación española apuntan en esta dirección, como IMI Do-it, que busca explotar la gran cantidad de información clínica disponible en el sistema sanitario mediante

Participación española en la Iniciativa de Medicamentos Innovadores

Distribución de la financiación pública IMI por país (millones de euros)



Fuente: CDTI.

elEconomista



herramientas de *big data*; o Harmony, cuyo fin es descubrir tratamientos más eficaces para los tumores hematológicos reutilizando para ello datos de pacientes con técnicas también de *big data*. Este último proyecto, coordinado por los hematólogos Jesús María Hernández Rivas, del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca, y Guillermo Sanz Santillana, del Hospital Universitario La Fe, de Valencia, está recolectando datos clínicos, biológicos y genómicos de más de 100.000 pacientes con neoplasias hematológicas procedentes de 11 países europeos.

Otros proyectos relacionados con el *big data* que cuentan con participación española en el seno de IMI son la plataforma EMIF, para la utilización de datos clínicos en la investigación biomédica; Open PHACTS, que persigue generar nuevo conocimiento en I+D farmacéutico haciendo legibles, para aplicaciones informáticas, los datos clínicos, y eTOX, proyecto que tiene como objetivo predecir la toxicidad de medicamentos en fases tempranas de I+D mediante el análisis integrado de casuística acumulada en la industria farmacéutica.

EL RETO DE UN CEREBRO SALUDABLE

El accidente cerebrovascular o ictus es una de las causas más frecuentes de asistencia neurológica urgente con resultado de incapacidad permanente en el adulto. La incidencia aumenta con la edad, pero uno de cada cinco ictus ocurre en personas jóvenes.



Dra. Sonia Vidal

Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Jefa Unidad de Investigación Hospital Asepeyo (Madrid)



ISTOCK

El accidente cerebrovascular o ictus es una de las causas más frecuentes de asistencia neurológica urgente, provocado por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo cerebral. Así, las células nerviosas no reciben el oxígeno suficiente para su correcto funcionamiento. Constituye la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones, según datos del Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Es, además, una de las causas más importantes de incapacidad permanente en el adulto. La incidencia aumenta progresivamente con la edad. Sin embargo, casi uno de cada cinco ictus ocurre en personas jóvenes, incluidos adolescentes y gente de 20, 30 y 40 años laboralmente activa.

Las secuelas tanto físicas como emocionales constituyen una notable fractura social, familiar y laboral de las personas afectadas. Los factores de riesgo son ampliamente conocidos por coincidir con los asociados a la enfermedad isquémica coronaria y que los expertos clasifican en dos tipos: factores de riesgo establecidos como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, consumo de alcohol y tabaco e hiperlipidemia entre otros; y algunos factores denominados potenciales como la inactividad física, obesidad, la terapia hormonal sustitutiva, anticonceptivos y apnea del sueño. El componente genético va ganando protagonismo. Un estudio internacional multicéntrico, coordinado por investigadores del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas, en Barcelona muestra que tener unas variantes específicas en el gen conocido como PATJ

predisponen a una peor recuperación tras un ictus isquémico con secuelas graves tres meses después del infarto cerebral. Un paso más para conocer las zonas del genoma humano que determinan los procesos de neuroplasticidad y neuroregeneración. El mejor tratamiento es, sin duda, una adecuada prevención. En el ámbito laboral, las campañas y talleres para establecer hábitos saludables son de vital importancia. Se precisan controles médicos periódicos con estudios de niveles de tensión arterial, colesterol, glucemia, ritmo cardíaco y peso corporal entre otros. Las secuelas del ictus dependerán del área cerebral afectada. Las lesiones del hemisferio cerebral izquierdo pueden alterar el lenguaje escrito y hablado, así como el control motriz del lado derecho. El hemisferio cerebral derecho, controla fundamentalmente la

percepción espacial, la imaginación y sensibilidad artística que pueden verse comprometidas ante una lesión isquémica en esta región. Las lesiones en el lóbulo frontal causan alteraciones en el comportamiento, emociones y memoria. Las alteraciones en la visión aparecen en compromisos vasculares del lóbulo occipital y los problemas de lenguaje y audición son propios de lesiones en el lóbulo temporal. Las personas con alteraciones cerebelosas manifiestan movimientos caóticos y desorganizados a. Numerosos estudios abalan que con un adecuado control de los factores de riesgo se podrían evitar hasta el 80% de los casos. Laboralmente no podemos olvidar el efecto de sufrir estrés crónico. Un estudio desarrollado por la Facultad de Medicina Icahn del Mount Sinaí de Nueva York, concluye que a consecuencia del estrés y como respuesta inmunológica, la amígdala cerebral produce un aumento de glóbulos blancos, con inflamación arterial y formación de placas de ateroma que preceden a las enfermedades cardiovasculares. En relación con otro estudio publicado en Neurology, las personas con empleos de alta demanda psicológica tienen un 22% más de riesgo de sufrir esta lesión. Los empleos del sector servicios se catalogaron como trabajos de alto estrés, elevadas exigencias y bajo control.

La vuelta al trabajo está llena de dificultades, siendo muy complicado tomar conciencia de las propias secuelas y limitaciones. El periodo de baja laboral es prolongado tras la atención clínica inicial y el posterior tratamiento rehabilitador. Aproximadamente entre el 70-80% cursan algún grado de incapacidad, en función de las secuelas. La incapacidad parcial permitirá realizar al menos una parte importante del trabajo habitual. Una persona con incapacidad total no podrá realizar el trabajo habitual, pero puede optar a otros empleos, en cambio, una incapacidad absoluta no permite realizar ningún trabajo. Cuando la persona se encuentra en situación de Gran Invalidez, se reconoce la necesidad de ayuda para atender las necesidades básicas de la vida diaria.

La reincorporación al mismo puesto de trabajo precisa de una planificación conjunta con la empresa. Es necesario reevaluar el nivel de exigencia, competencias y horario laboral.



ISTOCK

Lamentablemente, en muchas ocasiones, el compromiso empresarial es escaso e incapaz de combinar la lógica económica con la metodología social. Los avances van llegando en forma de intermediadores laborales desde los centros de rehabilitación, programas de inserción con acogida y asesoramiento para potenciar aprendizajes y conocimientos que previamente se tenían y aún se conservan. Las circunstancias en que el ictus puede ser calificado como

accidente de trabajo siguen cuestionadas.

En julio de este año, el Juzgado de lo Social número 6 de Bilbao reconocía como accidente laboral un ictus sufrido por un trabajador mientras desempeñaba labores de limpieza viaria. Los síntomas comenzaron en el vestuario del centro de trabajo y la sentencia reconoce como tiempo de trabajo el destinado a equiparse o desprenderse del equipo necesario para trabajar. El debate legislativo y social está servido.

#YoTrabajoPositivo

Sin discriminación por VIH

Las empresas tienen un papel fundamental para reducir la discriminación laboral hacia las personas con VIH.

El lugar de trabajo no es una vía de transmisión del VIH
The workplace is not a route of HIV transmission

www.yotrabajopositivo.org



#YoTrabajoPositivo

Sin discriminación por VIH

La mejor vacuna contra la discriminación laboral de las personas con el VIH es la información.

El lugar de trabajo no es una vía de transmisión del VIH
The workplace is not a route of HIV transmission

www.yotrabajopositivo.org



#YoTrabajoPositivo

Sin discriminación por VIH

Una persona con el VIH en tratamiento puede tener una vida profesional igual que cualquier otra.

El lugar de trabajo no es una vía de transmisión del VIH
The workplace is not a route of HIV transmission

www.yotrabajopositivo.org



Imágenes de
#YoTrabajoPositivo. EE

LAS EMPRESAS FRENAN LA DISCRIMINACIÓN POR VIH

La campaña #YoTrabajoPositivo apela a la responsabilidad de las empresas para eliminar los obstáculos que dificultan el acceso a un puesto de trabajo a las personas con sida

ISMAEL SÁNCHEZ

Las personas con VIH siguen enfrentándose a muchas dificultades de toda índole, entre ellas, la discriminación laboral. El paro les afecta más porque persisten actitudes sociales y creencias que les terminan por arrinconar en la dura pugna por obtener un puesto de trabajo. Ocurre entonces que su calidad de vida, su estado de salud y su bienestar psicosocial también terminan resintiéndose. Todo lo contrario que las personas con VIH que sí tienen un empleo y que presentan un 40 por ciento más de adherencia al tratamiento antirretroviral, según subraya la Coordinadora Trabajando en Positivo, que culmina ahora, coincidiendo con el Día Mundial del Sida, su campaña de

concienciación para evitar la discriminación laboral por esta enfermedad.

Las empresas son las principales aludidas por este llamamiento de una Coordinadora compuesta por 16 entidades presentes en diez comunidades autónomas, que apoyan a personas en situación de exclusión social para mejorar su empleabilidad: a través de un servicio de prospección e intermediación empresarial, por un lado, e intentando convertir los lugares de trabajo en escenarios responsables con el VIH, por otro.

El primero funciona como servicio de orientación laboral, seleccionando candidatos y dando apoyo continuo antes, durante y después de la incorporación al puesto de trabajo. Las empresas que contratan estos perfiles, además de trabajar su responsabilidad social, acceden a beneficios fiscales por contratar personas en riesgo de exclusión. Respecto al segundo, los ámbitos laborales sensibles a esta realidad son reconocidos por Trabajando en Positivo como Empresa responsable con el VIH y el sida en España.

Proceso de selección

La realización de preguntas relacionadas con el estado serológico de la persona durante el proceso de selección, cambios en las condiciones de trabajo, trato diferenciado ante oportunidades de promoción laboral o despidos injustificados son algunas de las situaciones que confirman la persistencia de la discriminación, según Julio Gómez, coordinador de Trabajando en Positivo. Afortunadamente, otras parece que empiezan a cambiar, como los criterios médicos para el acceso a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y las Fuerzas Armadas.

El Gobierno acaba de aprobar un acuerdo para que diagnósticos clínicos como ser portador del VIH, tener diabetes o psoriasis no sean impedimento alguno para hacer las oposiciones, tal y como ocurría hasta ahora.

La campaña ha contado con el apoyo de la Secretaría de Estado de la Función Pública y el Plan Nacional contra el Sida, de sociedades científicas como Gesida y Seisida, de organizaciones sociales como Cesida y Cruz Roja y empresas del sector sanitario como Gilead, Ilunion, Janssen o MSD, entre otras colaboraciones. Sus mensajes más repetidos se han dirigido a informar sobre las vías de transmisión del VIH y a promover los derechos de las personas seropositivas, “para evitar que se vulneren”, concluye Belinda Hernández, coordinadora de la campaña. En esta edición, además, están disponibles materiales audiovisuales en los que varios profesionales con VIH cuentan cómo ha sido su experiencia laboral.



EE

Proyecto Soledad: los médicos de Primaria se fijan en los mayores con discapacidad

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) ha lanzado el proyecto Soledad, dirigido a las personas mayores con discapacidad y en riesgo de violación de sus derechos humanos. Los facultativos entienden que pueden jugar un papel fundamental en la detección precoz de cualquier síntoma que ponga en peligro la integridad física y psíquica del anciano, cuya situación es especialmente vulnerable cuando vive solo, lo que cada vez es más habitual. A través de su área Solidaria y bajo

el lema No queremos que esté solo, estamos contigo, Semergen realizará labores de concienciación para que los médicos, de manera voluntaria, realicen la detección y remitan el caso a Trabajo Social. El proyecto se va a pilotar en Zaragoza, en dos equipos de atención primaria, antes de su posterior extensión, primero en Aragón y posteriormente en España. Cuenta también con el apoyo del Servicio Aragonés de Salud y de la organización Seniors en Red.

Janssen lanza la campaña ‘Tú decides la salud del futuro’

La farmacéutica Janssen prosigue con el desarrollo de su modelo Afectivo Efectivo en el ámbito de la sanidad, que busca generar un nuevo modelo de sistema sanitario a través de las aportaciones de los diferentes agentes que lo componen y teniendo presente los valores de empatía y humanismo promovidos en su momento por el médico Albert Jovell, fundador del Foro Español de Pacientes. Esta vez, la compañía ha lanzado la campaña “Tú decides la salud del futuro”, que permite articular y registrar tu deseo en torno al sistema de salud. Todos los buenos propósitos serán almacenados de forma digital “como cápsulas del tiempo”, hasta el próximo 2 de febrero de 2020, fecha en la que concluirá este proceso participativo. Ese mismo año, Janssen dará a conocer los datos del experimento y, sobre todo, qué deseos fueron los más pronunciados dos años antes para que el sistema sanitario sea mejor.





**Alfredo Rodríguez
Antolín**

Especialista en Urología
del Hospital Universitario
12 de Octubre

Pese a ser el tumor más frecuente en varones -cada año, se diagnostican en nuestro país más de 30.000 nuevos casos-*, el cáncer de próstata no es la primera, sino la tercera causa de muerte oncológica en varones

El tiempo, vital en la detección precoz del cáncer de próstata

El cáncer de próstata se ha convertido este último mes de noviembre en el gran protagonista de los medios de comunicación, incluso de aquellos que casi nunca lo mencionan, gracias a *November*.

Esta iniciativa solidaria busca la concienciación sobre la salud masculina y lo cierto es que, puede que en parte gracias a ella, hoy día los hombres se preocupan más por su salud. De hecho, actualmente, nueve de cada diez pacientes con cáncer de próstata en España son diagnosticados en estadios de la enfermedad iniciales y potencialmente curables. Eso explica por qué, pese a ser el tumor más frecuente en varones -cada año, se diagnostican en nuestro país más de 30.000 nuevos casos-, el cáncer de próstata no es la primera, sino la tercera causa de muerte oncológica en varones. Las cifras nos dicen que cerca de 6.000 pacientes fallecen cada año en nuestro país a causa de un cáncer de próstata.

El problema es que, pese a estas buenas cifras en el diagnóstico de estadios iniciales, muchos pacientes llegan a la consulta ya en fases avanzadas de la enfermedad y muchos otros terminan progresando a las distintas líneas de tratamiento hasta llegar a fases más avanzadas del cáncer de próstata como la metastásica o la resistente a castración. Ante estos problemas, las soluciones, aunque diferentes en ambos casos, comparten algo: la importancia del tiempo.

Para reducir el número de pacientes que llegan a las consultas con estadios avanzados de la enfermedad, existen numerosos protocolos de cribado que buscan la detección a tiempo de esta enfermedad para frenarla lo antes posible. Para el segundo problema, la solución pasa por la vigilancia estrecha de los pacientes y la realización de las pruebas clínicas pertinentes para lograr la detección de este cambio de estadio también lo antes posible. En ambos casos, la detección a tiempo supone mejores resultados en salud, una mejor calidad de vida y un aumento de la supervivencia.

No todo el mundo conoce la importancia de esta detección precoz también en estadios avanzados de la enfermedad, pero esto es clave porque ello va a condicionar un cambio de tratamiento y de abordaje de la patología. Una vez que detectamos un paciente con cáncer de próstata resistente a la castración o metastásico, es fundamental analizar muy bien su situación para definirla perfectamente de acuerdo a unos parámetros determinados y, una vez hecho esto, el siguiente paso es consensuar qué tratamiento es el más adecuado de la mano en ocasiones del especialista en oncología. La detección precoz no se acaba en el primer diagnóstico de cáncer de próstata, sino que es vital durante toda la enfermedad, ya que de ello va a depender la vivencia de enfermedad del paciente.



Dave Vasko

Director de Tecnología Avanzada
de Rockwell Automation

Nuestro próximo avance consiste en que a través de la automatización, ayudaremos a producir tejidos creados artificialmente, e incluso órganos completos, a personas con lesiones graves o enfermedades

La automatización mueve la medicina regenerativa

Durante años, la gente ha estado trabajando para reducir el abismo entre la investigación y la producción comercial. Nuestro próximo avance consiste en que a través de la automatización, ayudaremos a producir tejidos creados artificialmente, e incluso órganos completos, a personas con lesiones graves o enfermedades.

La buena noticia es que si bien las recetas son increíblemente especializadas, el proceso de fabricación de medicamentos regenerativos se parece mucho a algo que se vería en la elaboración de una cerveza artesanal: automatizar el proceso y utilizar datos y análisis para monitorizar y mejorar ese proceso. En lugar de hacer cerveza, pan o antihistamínicos, estás controlando el crecimiento de las células humanas. Cuanto antes podamos hacer predecibles y replicables los procesos de biofabricación, antes podremos ofrecer avances para salvar vidas. La pregunta es la escala, y coger lo que sucede en el laboratorio y hacer que funcione en la producción en masa. Los laboratorios pueden producir reemplazos de cartílagos a un promedio de unos pocos cientos al año. Pasar de ese pequeño tamaño manual a decenas de miles de reemplazos por año sigue siendo un gran desafío.

Una razón es la recertificación gubernamental, que puede agregar años al proceso. La solución es desarrollar procesos escalables desde el principio.

Asociando las partes para el bien mayor

Una vez que se logre la escalabilidad, se puede aplicar a nuevas pieles, huesos y nervios, a parches de corazón y casi a cualquier otra cosa. Pero frente a aquellos que se especializan en la parte “bio” de la fabricación, nuestros doctores, se centran en la investigación y la ciencia, no en las tuercas y los pernos – y en los obstáculos– de la fabricación.

El progreso requiere una asociación para aprovechar lo mejor de ambos. Necesitamos aprovechar la creación de los biomédicos y escalar el proceso para que el milagro se mueva más allá del laboratorio.

Hasta donde hemos llegado, hay lagunas. Sin embargo, estamos trabajando con el Instituto de Fabricación Regenerativa Avanzada para abordar esos vacíos con el objetivo de llevar la medicina regenerativa al público masivo. Este es el futuro: aprovechar la tecnología y la medicina para implementarlas en aplicaciones reales que afectan directamente a las personas.

Apoyo a Pacientes

Jon Zabaleta, Bernard Gaspar, Koldo Goenaga, Iñaki Ortega y Emilio Esteban protagonizan el documental para visibilizar la enfermedad

Representantes de los pacientes, los profesionales sanitarios y el laboratorio Roche protagonizan un documental que lanza un mensaje de esperanza sobre esta enfermedad, el tumor con más casos en España.

ALBERTO VIGARIO

Dar visibilidad al cáncer de pulmón y conseguir que su presencia esté más acorde con su gravedad ha sido el objetivo de la campaña #DaTuPaso por el cáncer de pulmón. Una iniciativa promovida por la compañía farmacéutica Roche con el aval de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GCEP), el Grupo ICAPEM (Investigación del Cáncer de pulmón en Mujeres) y la asociación de pacientes AEACAP (Asociación Española de Afectados por el Cáncer de Pulmón). La campaña quiere concienciar sobre una enfermedad necesitada de una visibilidad más acorde con su frecuencia y gravedad y lo ha hecho a través del documental #DaTuPaso por el cáncer de pulmón, en el un cirujano torácico, un paciente de cáncer de pulmón, un oncólogo médico, un representante de una asociación de pacientes y otro de la industria farmacéutica se preparan para participar en la popular carrera Behobia-San Sebastián, de 20 km. Los cinco comparten conversaciones y entrenamiento con una meta común: dar visibilidad a esta enfermedad, de la que se diagnostican en España más de 28.000 casos al año, y lanzar un mensaje de esperanza a los afectados y a sus familiares. Los cinco disputaron la edición de este año de la carrera, celebrada el 11 de noviembre, y todos llegaron a la meta.

El documental recoge la relación con esta enfermedad y con el deporte del cirujano torácico del Hospital de Donosti, Jon Zabaleta, el paciente Koldo Goenaga, el jefe del Servicio de Oncología del Hospital de Asturias Emilio Esteban, el presidente de la AEACAP, Bernard Gaspar y de Iñaki Ortega, Regional Head de Roche. Su estreno tuvo lugar en la jornada 'Cáncer de pulmón #DaTuPaso', a la que asistieron más de un centenar de personas y fue moderada por el periodista Juan Ramón Lucas. La campaña recuerda que estamos ante un tumor prevenible en la mayoría de los casos; conciencia sobre los riesgos que aún entraña el tabaquismo, y lanza un mensaje de esperanza: en apenas dos décadas, hemos registrados más avances que en todo el siglo pasado.



EE

#DATUPASO POR EL CÁNCER DE PULMÓN, CINCO HISTORIAS SOBRE EL TUMOR MÁS FRECUENTE