Sanidad

elEconomista
Revista mensual
5 de mayo de 2016 | Nº 62

Los datos avalan a los hospitales concertados de Ribera Salud en Valencia | P10

Hacienda exige un freno en el gasto hospitalario | P14

Javier Urcelay
Director general de Shire Pharmaceuticals
"Desde el año 2000, las farmacéuticas apuestan más por las enfermedades raras" | P32

LAS ESPERAS PARA OPERARSE CRECEN PESE A GASTAR MÁS EN SANIDAD

El tiempo medio para una intervención quirúrgica en la pública es de 89 días, 13 más que en 2012 | P6

18. Jornada
Estrategias para gestionar al paciente crónico
Informe del laboratorio Ferrer junto a la consultora PwC sobre integración sociosanitaria

20. Política
Un pacto de Estado en sanidad sin líneas rojas
Los partidos políticos acercan posiciones en la Comisión de Sanidad del Congreso

26. Financiación
El gasto en hepatitis C llega a los tribunales
El impacto presupuestario de los nuevos tratamientos, gran reto para las comunidades autónomas

30. Sectores
La inversión en tecnología se activa
Los fabricantes de equipos médicos facturaron 7.000 millones de euros en 2015

06
En Portada
La lista de espera para operarse crece desde el año 2012
Los tiempos de demora quirúrgica aumentan en 13 días, a pesar de la subida del gasto sanitario en 2015

10
Gestión
Los datos avalan a los hospitales de Ribera Salud
El Gobierno valenciano abre una guerra de cifras para justificar la reversión de las concesiones sanitarias

14
Política
Hacienda exige un freno en el gasto hospitalario
El Gobierno obligará a las comunidades autónomas adscritas al FLA a sumarse al protocolo de límite del gasto farmacéutico

32
Entrevista
Javier Urcelay, director general de Shire Pharmaceuticals
"Desde el año 2000, las farmacéuticas apuestas más por las enfermedades raras"

Edita: Editorial Ecoprensa S.A. **Presidente de Ecoprensa:** Alfonso de Salas **Vicepresidente:** Gregorio Peña **Director Gerente:** Julio Gutiérrez **Relaciones Institucionales:** Pilar Rodríguez **Subdirector de RRII:** Juan Carlos Serrano **Jefe de Publicidad:** Sergio de María

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

El juego de trileros de las regiones con las listas de espera debe acabar

En la España de las 17 autonomías que presume de tener una de los mejores sistemas sanitarios del mundo es imposible comparar a día de hoy las listas de espera para una consulta o una operación en la sanidad pública entre las diferentes regiones. Y es imposible por culpa de los propios Gobiernos autonómicos, temerosos ante el posible escarnio público y de sus ciudadanos. Sin embargo, el examen más aproximado posible que realiza este mes *elEconomista Sanidad* pone de manifiesto un nuevo empeoramiento de los tiempos de espera quirúrgica y diagnóstica en el Sistema Nacional de Salud en 2015, a pesar de que las comunidades autónomas incrementaron su presupuesto de gasto y muchas regiones anunciaron planes de choque para reducirlas.

El tiempo medio de espera quirúrgica en la sanidad pública alcanzó así los 89 días a 31 de diciembre de 2015, dos días más que el año pasado y 13 más que en junio de 2012, última fecha comparable ante la ruptura estadística que provocó la inclusión de los datos de Madrid, que hasta entonces mantenía su propio modelo de contabilizar tiempos. El Ministerio de Sanidad sigue en este punto mirando para otro lado, sin ejercer su papel de coordinador y órgano rector de unas comunidades que siguen utilizando las listas de espera como mera propaganda política.

La última estrategia en torno a este tema ha llegado de varios de los nuevos Gobiernos regionales. Los cambios de Gobierno registrados en las comunidades en mayo de 2015 han traído un repentino esfuerzo en corregir o aflorar pacientes a las listas de espera que ofrecían hasta entonces esas mismas regiones con un ejecutivo de distinto signo político para laminar la gestión anterior y preparar el terreno para vender un nuevo cambio de tendencia en el próximo semestre. Así ha sido el caso de la Comunidad Valenciana o Castilla-La Mancha, entre otras regiones.

Mientras, una de las soluciones más sensatas en este campo, como es la colaboración con la sanidad privada a través de convenios y concursos para aligerar las esperas en la sanidad pública, sigue hoy estigmatizada por buena parte de los grupos políticos. El caso del Hospital La Ribera en Valencia es paradigmático. Su tiempo de espera para una operación no urgente se sitúa en los 47 días frente a los 118 días de demora media que registran los hospitales públicos de la Comunidad. Este hospital es público, pero tiene gestión privada.

> Una de las soluciones más sensatas en relación a este campo, los convenios con la sanidad privada a través de concursos, está hoy estigmatizada por buena parte de los grupos políticos

EL ALTA

Juan López-Belmonte
PRESIDENTE DE ROVI

Los laboratorios madrileños Rovi han incrementado un 36 por ciento su ebitda y un 46 por ciento su beneficio neto en el primer trimestre del año.

LA BAJA

Toni Comín
GENERALITAT DE CATALUÑA

La decisión de la Consejería de Sanidad de Cataluña de acabar con el modelo de concesiones en la sanidad provoca despidos y peores servicios al ciudadano.

03

Feria ‘OT WORLD 2016’

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria convoca en nombre y por cuenta de ICEX España Exportación e Inversiones la participación en el Pabellón Agrupado a la Feria *OT World*, que se celebrará en Leipzig, del 3 al 6 de mayo de 2016.

II Jornada de Calidad Hospitalaria de la FNCP

10

Organizada por la Federación Nacional de Clínicas Privadas, la segunda Jornada de Calidad Hospitalaria se celebrará en la sede de la CEOE, con la colaboración de Aenor. Se centra en la excelencia en la atención y la mejora de la competitividad de los centros sanitarios.

12

Jornada ‘La formación de consorcios en I+D’

Organiza CDTI, Instituto de Salud Carlos III, AESEG y Tecnalia. En el Instituto de Salud Carlos III - Sala Pittaluga - Pabellón 7. La jornada abordará la formación de consorcios en el sector farmacéutico para la promoción de proyectos de I+D de alto impacto.

Jornada informativa Dispositivos de seguridad

18

La AEMPS celebra una jornada informativa en el Ministerio de Sanidad, con el objetivo de dar a conocer los nuevos requisitos sobre dispositivos de seguridad para los medicamentos de uso humano y conocer el punto de vista de los agentes implicados en su aplicación.

26

CN de Farmacéuticos Comunitarios

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria organiza su Congreso Nacional en el Palacio de Congresos de Zaragoza, bajo el lema Estamos más cerca, llegamos más lejos. Del 26 al 28 de mayo.

Nuevo estudio de Resultados de Salud del IDIS

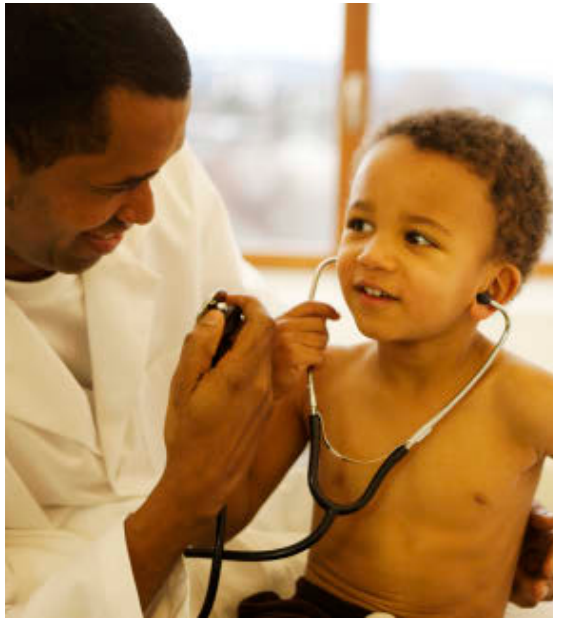
El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad presenta una nueva edición del estudio RESA en junio.

15

24

‘Medical Travel Summit 2016’ en Madrid

Del 24 al 26 de mayo. IMTJ International Medical Travel Summit & Awards.



creandovalor

INNOVACIÓN I COMPROMISO INDUSTRIAL I ÉTICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL I EMPLEO

En Novartis llevamos más de 100 años creando valor y formando parte de la sociedad. Hemos crecido juntos y adquirido un compromiso compartido: contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas. Crear valor y ver sus resultados es, sin duda, un camino emocionante para todos. Cuidar y curar es el camino. La innovación, el compromiso industrial, la gestión responsable y el empleo son nuestros valores. Y nuestro compromiso con la sociedad.

1601039028

NOVARTIS

Miembro de Forética

top EMPLOYER ESPAÑA 2015

GREAT PLACE TO WORK Best Workplaces 2015 España

+de100 años

LISTAS DE ESPERA: QUIERO PERO NO PUEDO

Los tiempos de demora quirúrgica aumentan en 13 días desde 2012 y doblan los tiempos medios registrados por los hospitales privados para operarse, a pesar de la subida del gasto sanitario en 2015

JUAN MARQUÉS

ISTOCK

Las listas de espera siguen siendo el indicador más revelador del *quiero pero no puedo* de la sanidad española. Los datos autonómicos recopilados por el Gobierno en funciones muestran un nuevo empeoramiento de los tiempos de espera quirúrgica y diagnóstica en el Sistema Nacional de Salud en 2015, a pesar de que las comunidades autónomas incrementaron su presupuesto de gasto y muchas regiones anunciaron planes de choque para reducirlas. Tampoco ha servido que la población protegida titular o beneficiaria de la tarjeta sanitaria se haya reducido en medio millón de personas desde 2012.

El tiempo medio de espera quirúrgica en la sanidad pública alcanzó así los 89 días a 31 de diciembre de 2015, dos días más que el año pasado y 13 más que en junio de 2012, última fecha comparable ante la ruptura

estadística que provocó la inclusión de los datos de Madrid. Los resultados conjuntos impiden el análisis comparado de la gestión autonómica por deseo expreso de estas últimas en el terreno que más importa a los ciudadanos a juzgar por los barómetros sanitarios. Pero si se analizan por separado los datos presentados por las comunidades, Canarias presenta una demora media de 175,9 días, mientras que en Asturias o Extremadura se elevan a 144 días y Valencia se sitúa en casi cuatro meses de espera, después de que la consejera Carmen Montón haya cambiado el método de cálculo de las demoras quirúrgicas para incluir en sus listas de espera a todos los pacientes a los que se les da la opción de ser operados en clínicas privadas, acepten o rechacen esta posibilidad.

En total, son 549.424 pacientes los que se encuentran en situación de espera estructural para operarse de forma no urgente en alguna de las 14 especialidades quirúrgicas computadas, 37.501 más que en diciembre de 2014 y 12.513 más que en junio de 2012, de los que el 10,6 por ciento lleva más de seis meses esperando -frente al 9,3 por ciento de 2014-. Se pone así fin a la tendencia descendente registrada sobre el papel de las estadísticas regionales desde junio de 2013, cuando se registró un máximo de 583.612 pacientes en lista de espera.

Los pacientes son los verdaderos perdedores. En Neurocirugía, la demora media alcanza los 160 días, 135 en Cirugía Plástica o 112 en Traumatología. Salvo a la hora de operar cataratas o prótesis de cadera, el resto de procesos quirúrgicos ha sufrido un deterioro significativo. Sí se ha registrado una mejora en el último año en la demora para conseguir cita con un médico especialista, que se redujo en una semana, pasando de los 65 a 58 días de media en 2015.

Maquillaje

Pero detrás de los datos que facilitan las Administraciones regionales hay, sin duda, mucho maquillaje. Se da así la paradoja de que, mientras los presupuestos autonómicos menguaban entre 2012 y 2014, los datos de listas de espera que proporcionaban al Ministerio se reducían desde el máximo de 571.395 pacientes registrado en diciembre de 2012, hasta los 511.923 computados en diciembre de 2014. Casi 60.000 pacientes menos computados, a pesar de recortar en plantillas y equipos, la cuadratura del círculo.

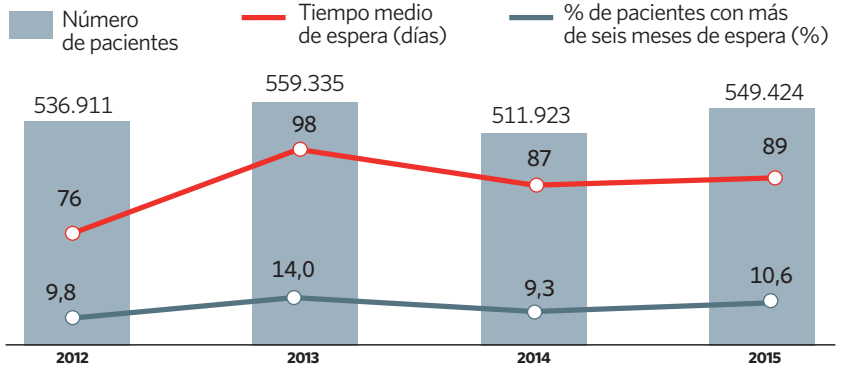
115

Son los días de demora quirúrgica de Valencia en marzo tras el cambio de metodología

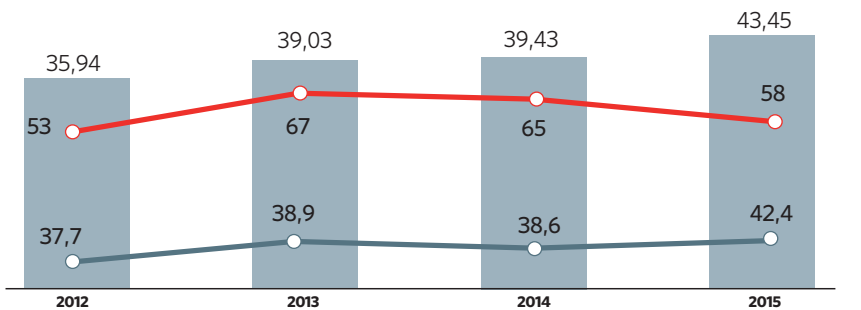
ISTOCK

Evolución de las listas de espera en el SNS

Lista de espera quirúrgica del SNS. Pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera y porcentaje de más de seis meses (junio 2012-diciembre 2015)



Lista de espera de consultas en el SNS. Lista de espera estructural por 1.000 habitantes, tiempo medio de espera y porcentaje de citas a mas de 60 días (junio 2012-dic. 2015)



Fuente: MSSSI. elEconomista

Los cambios de Gobierno registrados en las comunidades en mayo de 2015 han puesto fin a este espejismo y los nuevos responsables se han esforzado en corregir o aflorar pacientes a las listas de espera para laminar la gestión anterior y preparar el terreno para *vender* un nuevo cambio de tendencia en el próximo semestre. Así ha sido el caso de la Comunidad Valenciana o Castilla-La Mancha, entre otras regiones.

En cualquier caso, se cierra así una legislatura de forma peor que como empezó, donde la reducción del gasto sanitario público en 7.000 millones de euros, según el Programa de Estabilidad remitido por el Ejecutivo a Bruselas en 2015, ha tenido un impacto negativo en los pacientes en lista de espera

quirúrgica de la sanidad pública.

Contrastan estas esperas con los resultados avanzados por la sanidad privada. El tiempo de respuesta de los centros privados está fijado en 43,5 días de media, menos de la mitad de las demoras públicas. Un dato que no puede ser comparado por la desigual presión asistencial de ambos sistemas, si bien el sector privado está demostrando más flexibilidad y agilidad para responder a las demandas de los ciudadanos y ofrecer tiempos de reacción rápidos para iniciar tratamientos.

Es la razón por la que las listas de un centro de gestión privada como el Hospital La Ribera en Valencia se sitúan en los 47 días frente a los 118 días de demora media que registran los hospitales públicos de la Comunidad o su tasa de intervenciones suspendidas del 0,62 por ciento, frente al 3,90 de media en el servicio valenciano, según datos de la Gerencia del Hospital. Es el resultado del rendimiento y funcionamiento de quirófanos operativos sin limitaciones horarias y con flexibilidad de turnos de las plantillas para reaccionar ante las situaciones de mayor presión asistencial. Justo lo que no dispone la sanidad pública.

Pactos de Gestión

La Comunidad de Madrid es un ejemplo de los problemas que hay que superar para aplicar un plan de choque con el fin de reducir las listas de espera. Los Pactos de Gestión puestos en marcha en noviembre por el consejero de Sanidad, Jesús Sánchez Martos, para la apertura de quirófanos y realización de pruebas diagnósticas en turno de tarde y fines de semana se han visto así frenados, que no suspendidos, por la decisión del pasado 22 de marzo del Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 26 de Madrid de anular todo lo referente a la negociación de las condiciones laborales de los profesionales que suscriben estos acuerdos por vulnerar el derecho de libertad sindical y falta de negociación colectiva previa, según el auto.

Jesús Sánchez Martos, consejero de Sanidad de Madrid. EE

La sentencia, que la Consejería ha recurrido, no ha logrado sin embargo paralizar los pactos a pesar de declararlos nulos y la sanidad madrileña ha continuado suscribiendo acuerdos hasta alcanzar los 71 pactos en mayo entre las gerencias de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud y los diferentes servicios médicos de los centros en cerca de una docena de especialidades médicas que están plenamente vigentes, según fuentes de la Consejería. Fruto de este instrumento se están realizando en torno a 1.000 intervenciones quirúrgicas más cada mes en la sanidad madrileña para reducir las listas de espera.

Madrid tenía previsto destinar 80 millones de euros entre 2016 y 2019 para que la espera media en operaciones no urgentes no supere los 30 días. En total había 79.737 personas en la lista de espera madrileña en abril, con una demora media de 43 días, frente a los 20.000 registrados con el anterior sistema de recuento impuesto por la expresidenta Esperanza Aguirre y que no permitía comparar los datos de Madrid con los del resto de regiones.

Ejercicio de transparencia en Madrid, mes a mes

Uno de los cambios introducidos por la sanidad madrileña que sí está teniendo efecto es la publicación cada mes de los resultados sobre sus listas de espera globales y también por especialidad en cada uno de sus hospitales. Cualquier ciudadano puede así consultar los Datos del Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica de la Comunidad de Madrid y conocer la evolución de este indicador cada mes, así como el número de pacientes que rechazan la derivación a un centro concertado o privado, entre otra información disponible. El registro está formado por "todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento quirúrgico, establecida por un especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano". La fecha de entrada en el registro o de inclusión en lista de espera es la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico, introducida por el hospital correspondiente. Se excluyen del registro las intervenciones quirúrgicas para el trasplante de órganos y tejidos, las técnicas de reproducción asistida o las que no formen parte de la práctica habitual de los centros. Otra iniciativa de transparencia es la llevada a cabo en este caso por Quirónsalud en los centros de gestión privada abiertos en la Comunidad de Madrid. Los pacientes del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz ya pueden conocer 'online', a través de cualquier dispositivo conectado a Internet -ordenador, móvil, tableta, 'smart TV', etcétera-, cuánto tendrían que esperar para ser operados en las distintas especialidades, así como cuándo está disponible el primer hueco libre para obtener cita con el especialista hospitalario. La iniciativa, que mejora la accesibilidad de los pacientes, se ha puesto en marcha también en los hospitales Universitarios Rey Juan Carlos de Móstoles, Infanta Elena de Valdemoro y el hospital General de Villalba.

Laurent Vandebrouck

Director Senior de Desarrollo de Negocio de Qualcomm Life Europa

Los pacientes conectados

Los expertos en medicina saben que cuanto mayor sea el volumen de información al que tenga acceso un médico sobre la condición física de su paciente -su afección cardíaca, presión arterial, peso, azúcar en sangre, niveles de actividad, o medicamento que toma- mejor puede adecuar su recomendación o cuidado a cada caso clínico, en cada momento. El *Internet of Medical Things* facilita este intercambio de información y lo simplifica más que nunca, mejorando el acceso de los doctores a los datos biométricos y fisiológicos de los pacientes a través de una red de aplicaciones, sensores, y dispositivos médicos conectados. Es más, las investigaciones demuestran que la atención médica informada en tiempo real ha mejorado tanto los resultados de los pacientes como la reducción de los costes en hasta un 51 por ciento. Desde Qualcomm Life estamos ya impulsando el *Internet of Medical Things*, o también llamado *El Internet de las Cosas médicas* ya que uno de nuestros objetivos principales es colaborar en la actualización de este ecosistema digital de cosas médicas conectadas. Nuestro fin es que, gracias a la tecnología, podamos optimizar las vías de atención y brindar al paciente el cuidado adecuado, en el momento y la ubicación adecuados. Qualcomm Life también está permitiendo a los fabricantes añadir conectividad a dispositivos y sensores dirigidos a condiciones de salud específicas. Un buen ejemplo es el recién presentado inhalador de Novartis Breezhaler, que ayuda a los pacientes de la enfermedad crónica de obstrucción pulmonar (EPOC). El aparato está basado en un pequeño módulo desechable, de baja energía, diseñado por Qualcomm. El módulo está diseñado para conectarse a la plataforma 2net de Qualcomm Life, y puede detectar y reportar el uso del inhalador, además de la duración de la inhalación del paciente, e indicar la calidad del proceso. Con esta captura de datos del paciente y del dispositivo conectado casi en tiempo real, Novartis pretende mejorar la adherencia a la medicación y, en última instancia, los resultados de salud para los pacientes con EPOC.

En la vida cotidiana, las tecnologías conectadas también están ayudando a los usuarios a la hora de acceder a la información sobre salud y bienestar que necesitan en cada momento. First Response ha presentado el primer test casero de embarazo del mundo, habilitado para Bluetooth Smart. El test, que se pondrá a la venta este año en las principales tiendas, se conecta con una aplicación móvil que guía a los usuarios a través del proceso de prueba y ofrece planes de acción basados en los resultados. La apuesta de Qualcomm en innovación pasa por el campo de la salud y la mejora del sistema médico. No podemos olvidar que, al fin y al cabo, el IoT lo que persigue es mejorar la vida de los ciudadanos en todas las facetas de su vida. Qualcomm, a la vanguardia de la tecnología, tiene ese objetivo como fin último cuando diseña e implementa soluciones tecnológicas para esta nueva era de explosión de la conectividad. Un mundo conectado es un mundo mejor.

> El acceso de los doctores a los datos biométricos y fisiológicos de los pacientes a través de una red de aplicaciones mejora tanto los resultados de los pacientes como la reducción de los costes en hasta un 51%

RIBERA SALUD AHORRA 400 EUROS PER CÁPITA

El Gobierno valenciano abre una guerra de cifras con el grupo que más datos aporta sobre calidad asistencial, eficiencia y productividad para justificar una reversión de las concesiones que puede agrandar el déficit público

JUAN MARQUÉS

ISTOCK

El Gobierno de Ximo Puig está empeñado en revertir las cinco concesiones administrativas de hospitales operativas en la Comunidad Valenciana por una decisión política que nada tiene que ver con los resultados económicos o asistenciales del modelo de gestión privada publicados hasta la fecha. Hasta tal punto está elevando la presión que Puig acusó recientemente a las empresas concesionarias de funcionar "como si fueran paraísos fiscales".

Nada más lejos de la realidad, como sostienen desde Ribera Salud, el grupo empresarial que gestiona cuatro (Alzira, Torrevieja, Denia y Vinalopó) de los 24 Departamentos de Salud que integran la sanidad valenciana. Desde 2008, los hospitales de gestión privada están sometidos a auditorías y controles periódicos de cuatro órganos diferentes. Además de los comisionados de la propia Consejería de Sanidad, ejercen esta inspección la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana, la Intervención de la Generalitat y los Acuerdos de Gestión, que evalúan más de 130 indicadores asistenciales y de calidad de todos los departamentos públicos de salud y fijan objetivos de productividad. Se trata de un imperativo legal y contractual para calcular la cápita por paciente de cada año. Son, además, los técnicos de la propia Administración valenciana quienes realizan esta labor de fiscalización, una razón por la que el consejero delegado de Ribera Salud, Alberto de Rosa, reclama a la consejera de Sanidad, Carmen Montón, la publicación de los resultados comparados de cada departamento para analizar los diferentes modelos de gestión sanitaria existentes y que los ciudadanos puedan comparar.

De momento, la consejera de Sanidad ha puesto en marcha nuevas auditorías y ha sustituido a los comisionados responsables de supervisar el correcto funcionamiento de las concesiones sanitarias, si bien el equipo de

10-12 técnicos que inspeccionan cada centro sigue siendo el mismo. Carmen Montón también ha engrosado la estructura directiva de la Consejería con la creación de una Dirección General de Alta Inspección Sanitaria, con el objetivo de revisar las concesiones y "hacer que se cumplan o, en caso contrario, ver si es posible revocarlas", según aseguró en una de sus comparecencias en las Cortes Valencianas.

Todo parece indicar que el Gobierno valenciano tendrá que esperar para cumplir su palabra a que finalice el periodo de concesión de 15 años, que en el caso del Hospital de Alzira expira en 2018, seguido de Torrevieja en 2021, Dénia en 2023, Manises en 2024 y Elche en 2015, si bien Carmen Montón confía en recuperar Alzira y Denia-La Marina esta misma legislatura.

En el caso de Denia es DKV, el socio mayoritario de la sociedad concesionaria, quien ha mostrado su deseo de vender su participación del 65 por ciento en Marina Salud. La posibilidad de que sea el propio Gobierno valenciano el comprador es remota porque, además del coste millonario que supondría para las arcas regionales, tendría que resolverse el conflicto legal que plantea a la Administración ser al mismo tiempo el adjudicador y el adjudicado del concurso público, sin mencionar que es el grupo Ribera Salud quien posee la preferencia de tanteo sobre Denia y quien se encuentra en conversaciones con DKV.

Control y transparencia

Mientras tanto, y a falta de resultados o de datos públicos comparables entre centros como sí ofrecen Cataluña o Madrid, Ribera Salud sí ha hecho los deberes y publicado sus cifras a partir de la información que facilita la Consejería a cada centro por separado en su relación con la media de hospitales de la red pública.

En el caso concreto de las listas de espera, los pacientes de Alzira, Torrevieja, Denia y Vinalopó esperaron en 2014 entre 10 y 20 días menos de media para las visitas de Atención Especializada y entre 13 y 58 días menos de media para las intervenciones quirúrgicas si se comparan con los tiempos medios de la Comunidad Valenciana y del SNS. Además, la proporción de pacientes con esperas superiores a 30 días para consultar a un especialista es igual o inferior a la de la Comunidad, según el informe facilitado por Ribera Salud.

En cuanto al coste y la eficiencia de los departamentos concesionados que cubre la atención primaria y especializada de una población de 701.311 habitantes, los datos también son favorables a los cuatro centros concertados de Ribera Salud. El coste económico por habitante de estos departamentos (888 euros) sería un 38 por ciento menor que el gasto medio en salud por persona de los centros de gestión directa en 2014, que ascendía de media a 1.332 euros por habitante (ver tabla). El ahorro por paciente en 2014 ascendería a 444 euros en las concesionarias participadas por Ribera Salud si se compara con el coste de 1.332 euros por paciente de la gestión pública.

Ximo Puig, presidente de la Comunidad Valenciana. G. LUCAS

Balance económico y asistencial

Listas de espera

Los pacientes de las localidades de Alzira, Torrevieja, Denia y Vinalopó esperaron en el año 2014 entre 10 y 20 días menos de media para las visitas de Atención Especializada, así como entre 13 y 58 días menos de media para las intervenciones quirúrgicas.

Coste y eficiencia

El coste económico por habitante de los departamentos en cuestión sería un 31 por ciento menor que el gasto medio en salud por persona en España en el año 2013, cantidad que ascendía de media a 1.208 euros por habitante.

Ahorro

El ahorro por paciente en el año 2014 ascendería a 444 euros en las concesionarias participadas por Ribera Salud si se compara con el coste de 1.332 euros por pacientes de la gestión pública de la región valenciana.

Resultados asistenciales

Los niveles de mortalidad ajustada por el riesgo de los pacientes están por debajo de lo esperado en las concesiones en relación con los hospitales españoles. La mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio fue de un 4,5 por ciento en 2013, frente al 7,97 registrado por la Comunidad Valenciana.

Un estudio de Carlos Alberto Arenas, exgerente del Departamento de Salud de Orihuela, rebajó la diferencia per capita en 2012, una vez ajustados los departamentos de salud comparados para eliminar las cápitas de los centros públicos de mayor gasto per capita y comparar así solo el gasto de los hospitales de complejidad similar. En este caso, la diferencia que aflora es de 158 euros de gasto, lo que supone una reducción del 19 por ciento frente al 38 por ciento inicial de las cifras facilitadas por el Grupo Ribera Salud. Arenas atribuyó esta disparidad en los porcentajes a la bajada del gasto real en los hospitales de gestión pública, que no se produjo en los departamentos concesionales al actualizarse su cápita con el IPC mínimo, y al comparar el gasto de todos los centros y no solo el de los hospitales públicos de gestión directa.

Además del ahorro económico, los hospitales de Ribera Salud muestran unos niveles de mortalidad y complicaciones mejores que la media para las características de los pacientes tratados con índices de mortalidad y complicaciones inferiores a 1 que es el valor medio esperado. Los centros concertados también hacen un uso más eficiente de las camas, con estancias medias menores, y son más intensivo en la ambulatorización de los procesos quirúrgicos. Los volúmenes de actividad se acompañan de unos niveles de mortalidad ajustada por el riesgo de los pacientes por debajo de la esperada en pacientes similares en los hospitales españoles. Es destacable también la mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio. El resultado de las concesiones de Ribera Salud en 2013 es de un 4,5 por ciento, frente al 7,97 por ciento registrado por la Comunidad Valenciana y el 7,28 por ciento del resto de España.

Guerra de cifras

La Consejería de Sanidad que dirige Carmen Montón tendrá que poner encima de la mesa otros datos para justificar la reversión de las concesiones, ya que la decisión puede agrandar todavía más el déficit público valenciano. Ribera Salud no da por perdida al final de la legislatura su buque insignia, el hospital de Alzira, si bien admiten que el modelo concesional lleva aparejado su vencimiento en 15 años. Lo que no van a admitir, según señalan fuentes de la compañía, es que la recuperación de la gestión pública de los centros "se justifique por mal funcionamiento o por malos resultados, porque los datos económicos y asistenciales son mejores", apuntan a este diario.

La guerra de cifras, sin embargo, ya ha comenzado y se espera con expectación la publicación de las nuevas auditorías de los centros puestas en marcha por la nueva Consejería antes del próximo verano. Y es que puede volver a darse la situación que ya atraviesa Erescanner Salud UTE, la concesionaria del servicio de resonancias magnéticas que lidera Ribera Salud. Las cifras de coste de este modelo centralizado bailan entre los 3,3-16,7 millones de euros que la Sindicatura de Cuentas calculó en 2013 que se ahorraría el sistema público por revertir el servicio, frente a los 14,5 millones de euros que elevaría el gasto su gestión pública, según el informe realizado por Juan Carlos Torres, presidente del Colegio de Censores Jurados de Cuentas de la Comunitat Valenciana. Puede ser un anticipo de las realidades paralelas que se pueden crear en las nuevas auditorías puestas en marcha por Carmen Montón. El grupo Ribera Salud promete estar atento. De momento, ya ha interpuesto un recurso ante el Tribunal Superior de Justicia de Valencia contra la Consejería de Sanidad "por el restablecimiento del equilibrio económico-financiero del contrato de gestión de servicios públicos por concesión de asistencia sanitaria en la zona de Torrevieja".

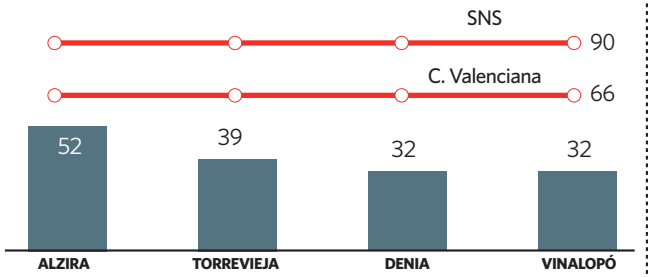
La reversión de las concesiones puede agrandar todavía más el déficit público valenciano

Ahorro del modelo concesional

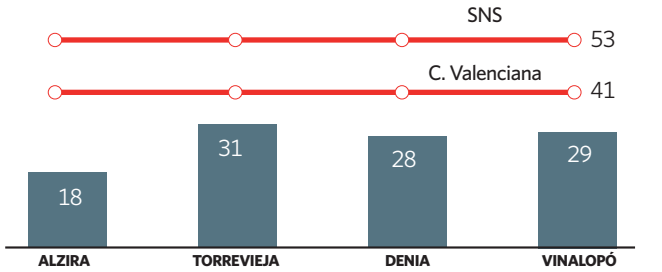
Coste por paciente en 2014 por departamentos concesionados

	TORREVIEJA	VINALOPÓ	ALZIRA	DENIA	TOTAL CONCESIONES RIBERA SALUD	MANISES	TOTAL CONCESIONES	RESTO DEPART. GESTIÓN DIRECTA
Población Cápita protegida 2014	156.269	148.524	248.893	150.473	**705.159**	–	–	–
Población total 2014	182.397	153.524	259.903	165.184	**761.008**	201.819	962.827	3.992.789
Importe cápita	680,17	680,17	680,17	680,17	**680,17**	680,17	680,17	–
Importe cápita conceptos excluidos	303,08	273,88	278,47	270,55	**281,50**	286,67	282,53	–
Total coste por paciente	847,80	922,98	918,03	866,05	**888,71**	925,88	896,15	1.332,98
Coste por paciente *	806,45	856,24	877,36	814,48	**838,63**	880,20	846,95	1.332,98
Coste por paciente **	784,07	827,79	861,11	788,91	**815,47**	859,27	824,23	1.332,98

Lista de espera quirúrgica (días de espera)



Lista de consultas especialista. (días de espera)



(*) Descontando amortizaciones, (**) Sin amortizaciones ni gastos financieros

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Datos acumulados 2014. elEconomista

Luz verde a la nueva indicación de Opdivo

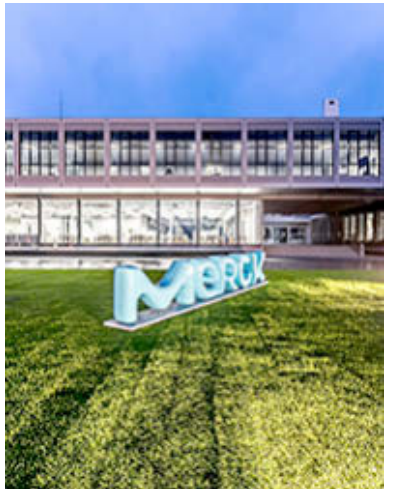
Bristol-Myers Squibb anuncia que la Comisión Europea ha aprobado una indicación adicional de Opdivo (nivolumab) en monoterapia para el carcinoma avanzado de células renales después de tratamiento previo en adultos. Nivolumab es el primer y único inhibidor del punto de control inmunitario PD-1 aprobado en Europa que ha demostrado un beneficio en supervivencia global frente a un tratamiento de referencia en estos pacientes.

Cosentyx: nuevo tratamiento de las espondiloartritis

Novartis presenta Cosentyx (secukinumab), el primer y único inhibidor de la interleuquina-17A (IL-17A) aprobado en España para el tratamiento en pacientes adultos de la artritispsoriásica activa y la espondilitis anquilosante activa, dos de las espondiloartritis (SpA) más comunes, cuya prevalencia estimada se sitúa entre el 0,3 y el 1,9 por ciento. Las SpA son un grupo de enfermedades reumáticas que se caracterizan por inflamación articular.

GSK invertirá 13 millones en Aranda de Duero en 2016

El Centro de Producción farmacéutica de GSK en Aranda de Duero tiene prevista una inversión de cerca de 13 millones de euros para este año 2016. La información, compartida durante una visita de las autoridades ribereñas a las instalaciones de la farmacéutica, llega una semana después de que Roger Connor, presidente de la red de fábricas de la farmacéutica británica, visitara la planta de Aranda para felicitar a sus empleados.



Merck destina más de 6 millones en Mollet del Vallès

Merck anuncia una nueva inversión de más de seis millones de euros para su planta farmacéutica de Mollet del Vallès (Barcelona), centrada en la fabricación de productos farmacéuticos para los mercados locales e internacionales y exporta productos a más de 40 mercados internacionales. En la fábrica se construirá un nuevo edificio, que incluirá las operaciones de pesaje y dispensación de materias primas y excipientes.

taltz®
(ixekizumab)
80 mg/mL

Nueva terapia de la psoriasis en placas de Lilly

Lilly informa que la Comisión Europea ha concedido la autorización de comercialización de Taltz (ixekizumab) en la Unión Europea para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a terapia sistémica. Ixekizumab está diseñado específicamente para unirse a la citoquina interleuquina IL -17A, una proteína que juega un papel en la conducción de la inflamación subyacente en la psoriasis. La psoriasis es una enfermedad crónica.

HACIENDA EXIGE UN FRENO EN EL GASTO HOSPITALARIO

El Gobierno obligará a las comunidades autónomas perceptoras del Fondo de Liquidez Autonómico a sumarse al protocolo de gasto farmacéutico firmado con Farmaindustria, que fija un límite en el crecimiento de esta partida que se superó en 2015

JUAN MARQUÉS

El gasto público en sanidad está recuperando poco a poco el terreno perdido durante los años de la crisis y metiendo presión en las cuentas autonómicas. Medicamentos y productos sanitarios, nóminas y también conciertos, en menor medida, empujaron al alza en 2015 esta partida presupuestaria que absorbe más de un tercio de los presupuestos regionales.

Si el recorte sanitario de 9.600 millones de euros desde 2009 contribuyó en buena parte a ajustar el desfase presupuestario autonómico, donde un tercio del esfuerzo correspondió a farmacia, el repunte del gasto farmacéutico en 2015 se está comiendo ahora el escaso margen de maniobra de las comunidades para cumplir con el nuevo objetivo de déficit prorrogado del 0,7 por ciento en 2016, cuando el año pasado cerraron con un agujero fiscal equivalente al 1,66 por ciento del PIB.

El capítulo de farmacia vuelve así a estar de nuevo en la diana de los recortes en sus dos vertientes: gasto en medicamentos

ISTOCK

hospitalarios y en recetas dispensadas en las farmacias. En total sumaron una factura de gasto de 16.123,6 millones de euros en 2015, que se eleva hasta los 20.365,9 millones si se contabilizan los productos sanitarios.

La tendencia de gasto en ambos frentes -hospitalario y farmacia- supera la regla de gasto del Programa de Estabilidad del Gobierno para 2016-2018, fijada en el 1,8 por ciento este año y el 2,2 por ciento en 2017. Dicho tope sirve de referencia al acuerdo de crecimiento firmado entre los Ministerios de Hacienda y Sanidad con Farmaindustria para los medicamentos originales. El gasto interanual en recetas subió así en marzo hasta los 9.607,9 millones de euros, un 2,18 por ciento más que el mismo periodo del año anterior, mientras que el hospitalario en fármacos cerró en 6.589,1 millones de euros en 2016, con un alza del 26 por ciento con los nuevos fármacos contra el VHC y del 4,5 por ciento sin contabilizarlos.

El antídoto para frenar el gasto en el caso de las recetas es conocido. El Gobierno ya ha elaborado un nuevo borrador de Orden de Precios de Referencia que podría ser efectiva en septiembre y cuyo impacto en el mercado de la farmacia rondará los 135 millones de euros, según IMS Health. El ahorro en la factura pública será menor al descontarse en torno a 27 millones de euros de impacto en el mercado privado y reducirse el importe de las deducciones que la Administración obtiene de las ventas de las farmacias de los fármacos que se incorporarán al sistema de precios de referencia. El ahorro final estará por debajo del recorte del gasto en recetas a PVL de 82 millones de euros del año pasado, concentrado en el segmento de marcas, según la consultora.

Donde no existe una fórmula mágica para contener la escalada del gasto es en el desembolso hospitalario. La irrupción de nuevas terapias y su alto precio están desbordando los presupuestos de muchos centros hospitalarios. Sanidad sigue abogando por las compras centralizadas, que apenas han reducido en 134 millones de euros el gasto durante la legislatura y cuyo objetivo de ahorro es de 100 millones en 2016. Hacienda obligará por ello a las comunidades perceptoras del Fondo de Liquidez Autonómico -Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Madrid, Murcia, La Rioja y Comunidad Valenciana- a sumarse al Protocolo firmado con Farmaindustria para controlar el gasto si desean recibir fondos en el segundo trimestre de 2016. El Gobierno, que plantea un ahorro sanitario de 1.000 millones de euros en 2016, quiere así vigilar de cerca cada mes el cumplimiento de la regla de gasto en una partida de gasto que está en el punto de mira de la Comisión Europea desde hace dos años.

Alfonso Alonso, ministro de Sanidad en funciones. EE

Medicamentos y nóminas: los dos motores del gasto

989

La remuneración de los profesionales que trabajan en sanidad se incrementó en 989 millones de euros, un 3,8 por ciento más, según los datos publicados por el Ministerio de Hacienda. Este porcentaje es medio punto inferior al alza registrado en las nóminas del resto del personal de la Administración autonómica. La devolución de parte de la paga extraordinaria de 2012 explicaría la subida de 1,7 puntos en este capítulo, así como la contratación de nuevo personal .

5.337

Frente a las políticas puestas en marcha en muchas comunidades autónomas y declaraciones contrarias a concertar con la sanidad privada, esta partida también experimentó un alza del 1,8 por ciento en 2015, según Hacienda. En total se invirtieron 5.337 millones en 2015.

1.000

El Gobierno confía en que el Protocolo firmado con Farmaindustria para controlar y hacer más eficiente el gasto farmacéutico, junto con otras medidas en relación con los medicamentos genéricos, productos sanitarios u otros gastos sanitarios puedan generar ahorros anuales en torno a los 1.000 millones de euros.

Santi Ristol Jorba

Director del Centro de Competencias de Movilidad de Worldline

‘Wearables’ para mejorar la vida de pacientes y cuidadores

Cada vez vivimos más años y el envejecimiento de la población hace que el gasto sanitario sea cada vez más importante, con tratamientos más complejos y costosos. Si seguimos en la tendencia actual de una mejora cada año de 2-3 meses en la esperanza de vida, llegaremos al año 2060 con un tercio de la población europea por encima de los 65 años. Ante esta circunstancia, la salud y el bienestar de las personas deberán gestionarse de forma diferente a la actual para poder seguir atendiendo a toda la población con una calidad similar a la actual, manteniendo unos costes que puedan seguir siendo asumidos por los gobiernos sin un incremento significativo de los impuestos.

Una de las opciones para afrontar esta situación parte del uso de *wearables* -dispositivos inteligentes que se llevan encima y permiten medir constantes vitales como relojes inteligentes, pulseras, textiles inteligentes, etc.-, objetos conectados -dispositivos externos que permiten tomar medidas de constantes vitales como básculas, termómetros, glucómetros, etc.- y *apps* médicas que empezarán a ser recetadas como parte de los tratamientos que se deban seguir.

La combinación de todos estos elementos permitirá mejorar el bienestar y la calidad de vida de los usuarios, especialmente en ancianos y personas vulnerables, y reaccionar a tiempo en caso de emergencia.

Estas soluciones de Asistencia Conectada tienen como principal objetivo resolver parte del problema, ofreciendo servicios para la gestión de la vida de las personas vulnerables y los ancianos centrados en la tecnología móvil. Worldline y su compañía matriz Atos están desarrollando actualmente pruebas de concepto orientadas a la creación de una Red de Asistencia que puede ayudar a los pacientes a vivir de forma independiente, al tiempo que ofrece seguridad y tranquilidad a los familiares.

Los pacientes están monitorizados y atendidos a través de dispositivos como relojes inteligentes y sensores conectados que permiten monitorizar sus constantes vitales que se recogen y analizan de manera continuada por el personal médico y sanitario, para actuar inmediatamente en caso de necesidad.

El sistema aloja todos los datos de forma segura en la nube, lo que permite disponer en todo momento de la información en tiempo real y los servicios médicos pueden seguir el progreso de los pacientes y actualizar continuamente su estrategia médica y de salud de manera individualizada y personalizada.

> Con estas soluciones, los pacientes reciben las notificaciones de todos los medicamentos que deben tomar en su móvil o en su reloj inteligente con el valor añadido de que pueden confirmar su ingesta con un simple clic

La solución de Asistencia Conectada ofrece beneficios directos para el usuario, recordándole la ingesta de medicamentos. Este tema tiene especial relevancia ya que en la actualidad el 50 por ciento de las medicaciones recetadas no son tomadas por diferentes motivos.

Con este tipo de soluciones, los pacientes reciben las notificaciones de todos los medicamentos que deben tomar en su móvil o en su reloj inteligente con el valor añadido de que pueden confirmar su ingesta con un simple clic, lo que permitirá validar a sus cuidadores que están siguiendo el tratamiento recomendado.

Adicionalmente el usuario podrá recibir diferentes notificaciones que le ayudarán a gestionar mejor su salud. Estas notificaciones podrán ser muy diversas según sea necesario en cada caso. Personas que deban tener un control sobre su dieta podrán recibir una programación semanal por parte de los especialistas sobre lo que deben comer en cada comida y, de esta forma, seguir una dieta orientada a sus necesidades. Personas que deban realizar ejercicio físico recibirán notificaciones motivacionales para realizar ejercicio si se detecta que llevan más tiempo parados de lo que sería recomendado para cada caso. Incluso podrán comparar su actividad con otras personas afines o de tratamientos/edad similares que les servirá como estímulo adicional de superación.

Este tipo de soluciones también permitirán programar todas las citas médicas y de esta forma el usuario recibirá las notificaciones pertinentes con todo lo que debe realizar/aportar previamente a las mismas. Esto puede facilitar tanto las visitas en el corto plazo como revisiones o controles que deban realizarse cada un cierto tiempo. De esta forma cada usuario como su red de cuidadores tendrá total conocimiento sobre todas las visitas o controles realizados o pendientes.

Finalmente, también podemos utilizar estas tecnologías para ayudar a los usuarios en situaciones anómalas tanto de forma reactiva como de forma proaciva. Los usuarios disponen de un botón de “ayuda” para situaciones de emergencia que generará la alarma pertinente donde proceda en cada caso, incluyendo datos básicos como la posición del mismo y algún dato relevante de los sensores que pueda llevar en ese momento. En los casos que no llegue a tiempo a generar esta alarma, el sistema podrá detectar caídas por medio de alguno de los dispositivos que el usuario lleve encima generando la alarma pertinente.

El objetivo es aportar seguridad y bienestar, simplificando el manejo de la salud de los pacientes por parte de los propios pacientes junto con sus familiares y los servicios médicos.

La solución comparte la información con los familiares elegidos a través de un portal Web de uso muy sencillo para ayudarles a ser proactivos en la detección de posibles problemas. Utilizamos la tecnología para resolver uno de los grandes problemas de estas personas, la soledad. Así, a través del portal, los familiares pueden mantenerse en contacto con el paciente y éste se siente reconfortado al saber que siempre está acompañado.

En los próximos años todo este tipo de soluciones y objetos conectados formarán parte de nuestras vidas permitiendo un mejor y mayor seguimiento de nuestra salud y bienestar, totalmente integrados dentro de los sistemas sanitarios pertinentes que utilizarán todos los datos recogidos para mejorar nuestra calidad de vida.

Santi Ristol Jorba

Director del Centro de Competencias de Movilidad de Worldline

En los próximos años todo este tipo de soluciones y objetos conectados formarán parte de nuestras vidas permitiendo un mejor y mayor seguimiento de nuestra salud y bienestar, totalmente integrados dentro de los sistemas sanitarios

18 ESTRATEGIAS PARA GESTIONAR AL PACIENTE CRÓNICO

La integración sociosanitaria es el gran reto de la sanidad española para afrontar la cronicidad y lograr una sostenibilidad que los recortes y la dispersión de esfuerzos pueden malograr

J.M.

ISTOCK

A falta de un plan nacional para adaptar la atención sanitaria al paciente crónico, las comunidades autónomas están desplegando distintas políticas que el laboratorio Ferrer, junto con PwC, han recopilado y evaluado con el objetivo de identificar las mejores prácticas en este terreno. En total son 116 intervenciones en cronicidad que reflejan los avances de trece regiones en la asistencia integral de los pacientes crónicos y que se presentaron en abril dentro del VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico.

Madrid, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y País Vasco son las autonomías que mejores valoraciones han obtenido, a juicio de los expertos, en cada uno de los doce ejes de actuación en que se ha dividido la gestión de la cronicidad en el *benchmark* comparativo de Ferrer, según explica Cristina Espinosa, directora de Market Access. Estrategia, liderazgo, prevención y promoción, modelo asistencial, integración socio-sanitaria, farmacia, empoderamiento del paciente, evaluación, personas y cultura, y sistemas de información son claves de una gestión que constituye uno de los grandes retos del sistema. No en vano, el

80 por ciento de las consultas de atención primaria y el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios son de pacientes de enfermedades crónicas, según datos del Ministerio de Sanidad.

La primera preocupación mostrada por los gestores autonómicos que han participado en el proyecto es financiera. Es el caso de Eduardo Zafra Galán, director de Gestión Sanitaria de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana para la coordinación socio-sanitaria y las políticas de salud intersectoriales, quien advierte de que si se llegan a producir nuevos recortes del gasto autonómico "acabarían imposibilitando la transformación que necesita el sistema sanitario".

Una de las palancas del cambio para mejorar la atención de los pacientes crónicos es el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Sirio Lleras Muñoz, director técnico de Atención Primaria y gerente regional de Salud Pública de Castilla y León, ve necesario "fomentar las TIC en domicilio para incentivar este tipo de atención". Esta comunidad está trabajando ya en la integración o el trabajo compartido entre el sistema sanitario y el social, a través de las llamadas unidades de convalecencia socio-sanitaria, que funcionan "de paso intermedio entre el alta hospitalaria y el regreso al domicilio del paciente crónico", explica este experto.

La tecnología es el gran aliado del cambio de modelo asistencial que requiere el Sistema Nacional de Salud para lograr la sostenibilidad. La teleasistencia, por ejemplo, puede reducir las hospitalizaciones, la duración media de las estancias hospitalarias y los reingresos, así como evitar desplazamientos. Permite, además, mejorar la calidad y la atención del paciente. Se trata, en definitiva, de una inversión que resulta rentable porque reduce el coste por paciente.

Otro eje de actuación es la farmacia. Integrar los procesos de prestación farmacéutica para conciliar la medicación de los pacientes a través de los distintos niveles asistenciales e impulsar la instauración de planes farmacoterapéuticos integrados son experiencias en marcha en algunas regiones. Menos interés o desarrollo se advierte en áreas como la prevención y promoción de la salud, uno de los capítulos sacrificados durante los años de la crisis, así como en la integración socio-sanitaria, eje que cuenta con una puntuación media más baja y que es una de las claves de esta transformación, a juicio de Cristina Espinosa. El País Vasco está inmerso en un proceso de mejora e innovación "de abajo arriba", gracias a la financiación con fondos europeos y la disposición de sus profesionales. Carles Blay Pueyo, responsable operativo del Programa de Prevención y Atención a la

JAVIER AGUEDA

Cronicidad del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, recalca la importancia de integrar decisiones y acciones de planificación, compra y ejecución de un modo intersectorial, según señaló. Incluso se marca un plazo para desplegar modelos de integración sociosanitaria. "Tenemos diez años para transformar el sistema de atención en profundidad, con estrategias razonablemente disruptivas y transgresoras, para ser capaces de responder a lo que los pacientes van a necesitar", asegura.

ISTOCK

El reto de adaptar el sistema sanitario a los cambios poblacionales

Lo que se echa en falta es una estrategia común. Desde el Ministerio de Sanidad, Paloma Casado Durántez, subdirectora general de Calidad y Cohesión, insiste por ello en la "importancia de buscar una estrategia para adaptar el sistema sanitario a los cambios poblacionales que estamos viviendo". Comunidades como Madrid disponen de una estrategia escrita en cuyo diseño participaron más de 180 profesionales, y que contaba con un equipo director y otro coordinador; el despliegue de su modelo de cronicidad; la transformación cultural; y la obtención y seguimiento de resultados de forma continuada.

SIN LÍNEAS ROJAS PARA UN PACTO DE ESTADO

Los partidos políticos acercan posiciones en la Comisión de Sanidad del Congreso como ensayo de nuevas mayorías y consensos de cara a la próxima legislatura

JUAN MARQUÉS

F. VILLAR

La necesidad de llegar a acuerdos políticos para formar Gobierno está demostrando que los vetos políticos no son tan rotundos en materia sanitaria y que la próxima legislatura podría ser una ocasión propicia para lograr un Pacto de Estado por la Sanidad. El acuerdo de gobierno firmado entre PSOE y Ciudadanos revela que las líneas no son tan rojas en el terreno sanitario si existe voluntad política.

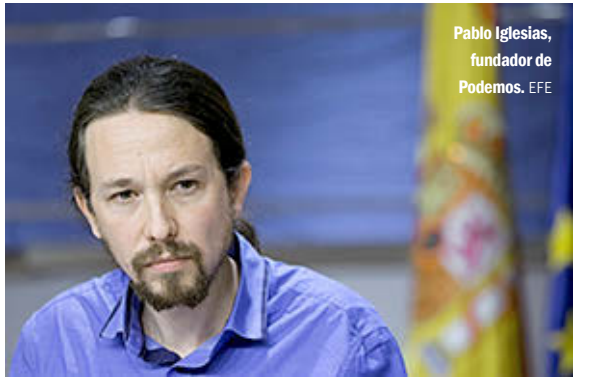
El copago farmacéutico es un ejemplo de la flexibilidad y el posibilismo mostradas por las distintas formaciones. De exigir la eliminación de los cambios introducidos en la Ley 16/2012 como condición *sine qua non*, el PSOE de Pedro Sánchez se ha conformado con "garantizar que el copago farmacéutico no sea una barrera de acceso, en especial para personas en situación de especial vulnerabilidad", según recoge el acuerdo firmado con el líder de Ciudadanos, Albert Rivera.

Incluso Podemos admite ahora también la posibilidad del copago farmacéutico como peaje que pagaría para lograr un acuerdo, si bien el grupo sigue hablando de "impuesto a la enfermedad" o de "pobreza farmacéutica" para referirse a la repercusión que la aportación tiene en algunos bolsillos e incluye su eliminación en su programa electoral "de emergencia social". La formación morada defendió así su reforma, que no derogación, en una proposición no de ley ante el Pleno del Congreso de los Diputados, que incluye un mecanismo de evaluación periódica del impacto del copago para identificar a los colectivos más perjudicados. Este punto de su propuesta sí fue aprobada por la Comisión de Sanidad, pero no las nuevas escalas en función de la renta que bien podrían modular la actual aportación. Podemos aboga por fijar un tope trimestral del copago para la población activa en seis tramos según su renta. Quedarían exentos del pago quienes no alcancen los 12.450 euros al año, mientras que las rentas anuales entre dicho tope y 20.200 abonarían un límite máximo trimestral de 24,69 euros, o de 55,56 euros en el umbral hasta 35.200 euros.

Cobertura universal

La derogación de la ley de 2012 que aprobó el Gobierno de Mariano Rajoy tampoco es una exigencia de los socialistas, como sí lo fue durante la pasada legislatura. El único escollo que se mantiene firme es el reestablecimiento de la cobertura del Sistema Nacional de Salud, para recuperar la situación anterior a 2012, si bien el propio ministro de Sanidad en funciones, Alfonso Alonso, ya se mostró dispuesto a ampliar la cobertura

Albert Rivera, líder de Ciudadanos. F. VILLAR


Pablo Iglesias, fundador de Podemos. EFE

Un paciente es atendido en un hospital. GETTY

Rebotica de una farmacia. SARA S. MUNILLA

El PP se queda solo en prescripción enfermera

Donde existe un acuerdo generalizado es en derogar el actual Real Decreto 954/2015 de prescripción enfermera. Hasta dos proposiciones no de ley se han aprobado en la Comisión de Sanidad del Congreso. El PP se ha quedado solo en la defensa del polémico articulado introducido a última hora en la tramitación final de una norma que se aprobó tres días después de las elecciones generales. Alfonso Alonso no cuenta con el apoyo ni del Congreso ni del Consejo Interterritorial del SNS.

de la asistencia sanitaria a los extranjeros con residencia ilegal en España antes de los pasados comicios. Sanidad, eso sí, sigue advirtiendo que la fórmula utilizada no puede ser la empleada en el acuerdo entre PSOE y Ciudadanos. Y es que ambos partidos, con renuncia de lo defendido durante la campaña electoral por parte de la formación naranja, consideran que los extranjeros sin papeles pueden ser titulares de la tarjeta sanitaria con tan solo cumplir el criterio de estar empadronados y “en las mismas condiciones que los españoles”, para renglón seguido señalar que a los nacionales de los Estados miembros de la UE se les aplicará “el sistema de tarifas vigente para su satisfacción por los respectivos países”, una discriminación difícil de defender desde el punto de vista del derecho comunitario.

Son solo algunas de las iniciativas sanitarias parlamentarias no vinculantes que los distintos grupos de la Cámara han presentado durante las últimas semanas como un ensayo de los acuerdos a los que son capaces de llegar en sanidad. Algunas de las proposiciones no de ley tienen un claro tinte electoral y se han aprobado por unanimidad en la Comisión de Sanidad del Congreso que apenas ha estado operativa tres semanas. Es el caso de la concesión de ayudas a víctimas de la talidomida o de la regulación de la publicidad de centros, establecimientos y servicios sanitarios presentada por el PP y que tan solo se opuso el portavoz del PNV. Una norma de carácter general que, entre otros objetivos, persigue garantizar la seguridad de pacientes y usuarios, persiguiendo la publicidad engañosa y regulando de forma detallada la inspección, control, responsabilidades y sanciones, para evitar escándalos como los que han salpicado recientemente a las franquicias dentales Funnydent y Vitaldent.

Otras proposiciones no de ley presentadas por los partidos pueden ser un indicador de sus prioridades sanitarias, como la promoción de la compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios, el impulso de la atención primaria de salud, el plan de actuación frente a la Hepatitis C, la lucha contra la obesidad infantil, la valoración de discapacidad para las personas con enfermedades neurodegenerativas o medidas para evitar riesgos en las exploraciones radiológicas, entre otras.

Daniel Fisac

Country Marketing Manager de Dräger

Tecnología sanitaria no invasiva para el paciente

Mientras muchas compañías miran cómo reducir costes -disminuyendo principalmente las partidas dedicadas a las inversiones en I+D+i-, las empresas del sector de la tecnología sanitaria han incrementado su apuesta por la innovación y el desarrollo. Muestra de este esfuerzo es que el sector de la tecnología sanitaria lidera el incremento de solicitudes de registro de patentes en Europa, con un 11 por ciento según el último informe anual de la EPO-Oficina Europea de Patentes.

Que la salud es una prioridad en la sociedad actual y que la tecnología es la piedra angular es una realidad que apreciamos cada día. Las cifras además lo corroboran, pues el sector de la eSalud en el mundo se estima que crecerá unos 13.300 millones de euros en 2016.

Sin embargo, dado que los sistemas de salud se enfrentan a presiones crecientes originadas por el envejecimiento de la población -según la estimación que hace Ametic, la patronal de las empresas españolas dedicadas a la tecnología de la información y la comunicación (TIC)-, en España la población mayor de 65 años es superior al 25 por ciento de la población y podría llegar a superar el 30 por ciento en 2020 -según estimaciones del INE- y cercana al 40 por ciento en el 2050. Este envejecimiento conlleva asociado un inevitable aumento de unas enfermedades crónicas que ya suponen cerca del 75 por ciento del gasto sanitario español, lo que obliga a evaluar de forma rigurosa la tecnología sanitaria en términos de resultados.

La innovación en el campo de la salud no puede venir marcada sólo por el ahorro de costes desde un mero punto de vista financiero, si no que se debe buscar también la mejora de procesos y la optimización de recursos y, sobre todo, apostar firmemente por soluciones tecnológicas no invasivas para el paciente que mejoren su calidad de vida tanto en la fase de hospitalización como fuera.

Sólo bajo este prisma podemos encontrar ya hoy ejemplos reales en la UCI de un hospital de sistemas de medición de temperatura corporal central no invasivos menos complejos y alternativos a las tradicionales sondas o los catéteres que siempre conllevan asociado un potencial riesgo bacteriano.

> Ya hay ejemplos reales en la UCI de un hospital de sistemas de medición de temperatura corporal central no invasivos y alternativos a las tradicionales sondas que siempre conllevan asociado un potencial riesgo bacteriano

Gracias a una tecnología térmica de flujo de calor con sensor doble, hoy se puede calcular la temperatura corporal de manera continua y con máxima precisión tan sólo colocando un electrodo autoadhesivo en la frente del paciente. Manteniendo la temperatura adecuada para el paciente con sistemas como este, se reduce la posibilidad de padecer infecciones y complicaciones, así como también se reduce el coste total del tratamiento ya que según diversos estudios un paciente con hipotermia requiere de media un coste adicional de 3.000 euros y 48 horas más de hospitalización que los pacientes que han mantenido una temperatura central normal.

Otro ejemplo de tecnología no invasiva serían los avances en monitorización de la ventilación pulmonar. Hasta ahora no era posible hacer un seguimiento continuado de la distribución de aire en el pulmón y aplicar terapias de protección pulmonar al mismo tiempo. Hoy es posible visualizar la ventilación en el pulmón y evitar efectos secundarios para el paciente ya que a diferencia de otros sistemas como los rayos X o los TAC, con este sistema no se aplica una radiación ionizante.

En el ámbito de la neonatología también se ha avanzado en el desarrollo y utilización de tecnología no invasiva para evitar el dolor. Hay estudios realizados a bebés prematuros de 24 semanas que muestran que múltiples estímulos de dolor pueden afectar a la maduración de las estructuras neuronales, causando daño cerebral.

Hoy ya es posible evitar por ejemplo el dolor que causa a un recién nacido la toma de muestra de sangre para el diagnóstico de la ictericia neonatal. Así, en lugar de tomar una muestra de sangre del talón se pueden utilizar mediciones de forma no invasiva con ayuda de un sensor, para ello basta con presionar suavemente un sensor, incorporado en un pequeño equipo, directamente sobre la piel en la frente o el esternón del bebé.

La innovación es necesaria para avanzar en la mejora de la gestión del sistema sanitario pero sobre todo para mejorar la calidad de vida del paciente. Tras cada investigación debemos ver una historia humana y por eso en Dräger hemos registrado durante el último año 147 patentes, lo que ha supuesto para la compañía una inversión en I+D superior a los 230 millones de euros. Hemos investigado 130 nuevos desarrollos tecnológicos en 27 áreas distintas que abarcan desde entornos clínicos a servicios de emergencias. Un esfuerzo y compromiso que no es puntual. Hoy contamos con más de 5.300 patentes registradas en todo el mundo.

Creemos que la innovación es el único camino para avanzar y por eso ponemos a disposición de los profesionales de la salud y las emergencias las innovaciones que han ayudado a los médicos a ampliar fronteras terapéuticas y han proporcionado a los hospitales soluciones eficientes, económicas y duraderas para los retos que plantea la medicina de cuidados críticos.

La innovación y la tecnología por sí solas no tienen sentido si no las aplicamos a solucionar problemas concretos. Al menos así lo creemos en Dräger, donde llevamos más de 125 años mejorando la tecnología para salvar vidas.

Daniel Fisac

Country Marketing Manager de Dräger

Hoy ya es posible evitar el dolor que causa a un recién nacido la toma de muestra de sangre para el diagnóstico de la ictericia neonatal. Así, en lugar de tomar una muestra de sangre del talón se pueden utilizar mediciones de forma no invasiva

EL CUIDADO DE LA VOZ EN EL MUNDO LABORAL

Por su carácter cotidiano, suele pasar desapercibido el cuidado para mantenerla en un estado saludable. Son muchos los puestos de trabajo en los quela voz es la principal herramienta

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

ISTOCK

Desde los inicios de nuestra civilización la voz humana ha representado misterio y despertado curiosidad, por tratarse del método de comunicación habitual entre los seres humanos. Hoy en día, sabemos que las emisiones sonoras son posibles gracias al buen funcionamiento del aparato fonador constituido por la laringe, el sistema respiratorio, las cuerdas vocales y la cavidad bucal. Las cuerdas vocales vibran con el paso del aire que respiramos. El sonido producido es débil pero adquiere consistencia y armonía al ser modificado por la nariz, boca y faringe. Así nace la voz, singular y única de cada ser humano.

Por su carácter cotidiano, suele pasar desapercibido el cuidado para mantenerla en un estado saludable. Son muchos los puestos de trabajo en los que la voz es la principal herramienta. Podemos encontrar personal docente, teleoperadores, comerciales, guías turísticos y, en general, todos aquellos profesionales del sector servicios con amplia dedicación a la atención al público. En España se estima que casi un tercio de la población laboral depende de la voz para desempeñar su actividad profesional. Con el sobreesfuerzo vocal la eficacia de la voz se va perdiendo y aparecen alteraciones disfónicas. El grado máximo de todas ellas es la afonía que supone la pérdida total de voz e impotencia para emitir cualquier sonido.

Entre los factores de riesgo individuales destacan los hábitos alimenticios, el consumo de tabaco, e incluso la forma de hablar. El excesivo consumo de alimentos ricos en cafeína, ya sea a modo de café, té, bebidas de cola o chocolate, y la ingesta de bebidas alcohólicas, producen un efecto de deshidratación de la garganta y las cuerdas vocales. De hecho, por cada taza de café se recomienda beber un vaso de agua. El hábito tabáquico, por su parte, es la causa más frecuente de cáncer de laringe. Algunos medicamentos también pueden influir en la susceptibilidad a los problemas en la voz. En la época primaveral en la que nos encontramos, es habitual el uso de antihistamínicos para el alivio de la sintomatología alérgica. Estos fármacos reducen la producción de moco y saliva y favorecen la sequedad de los tejidos del tracto vocal y respiratorio. Es de rigor consultar al médico antes de consumirlos.

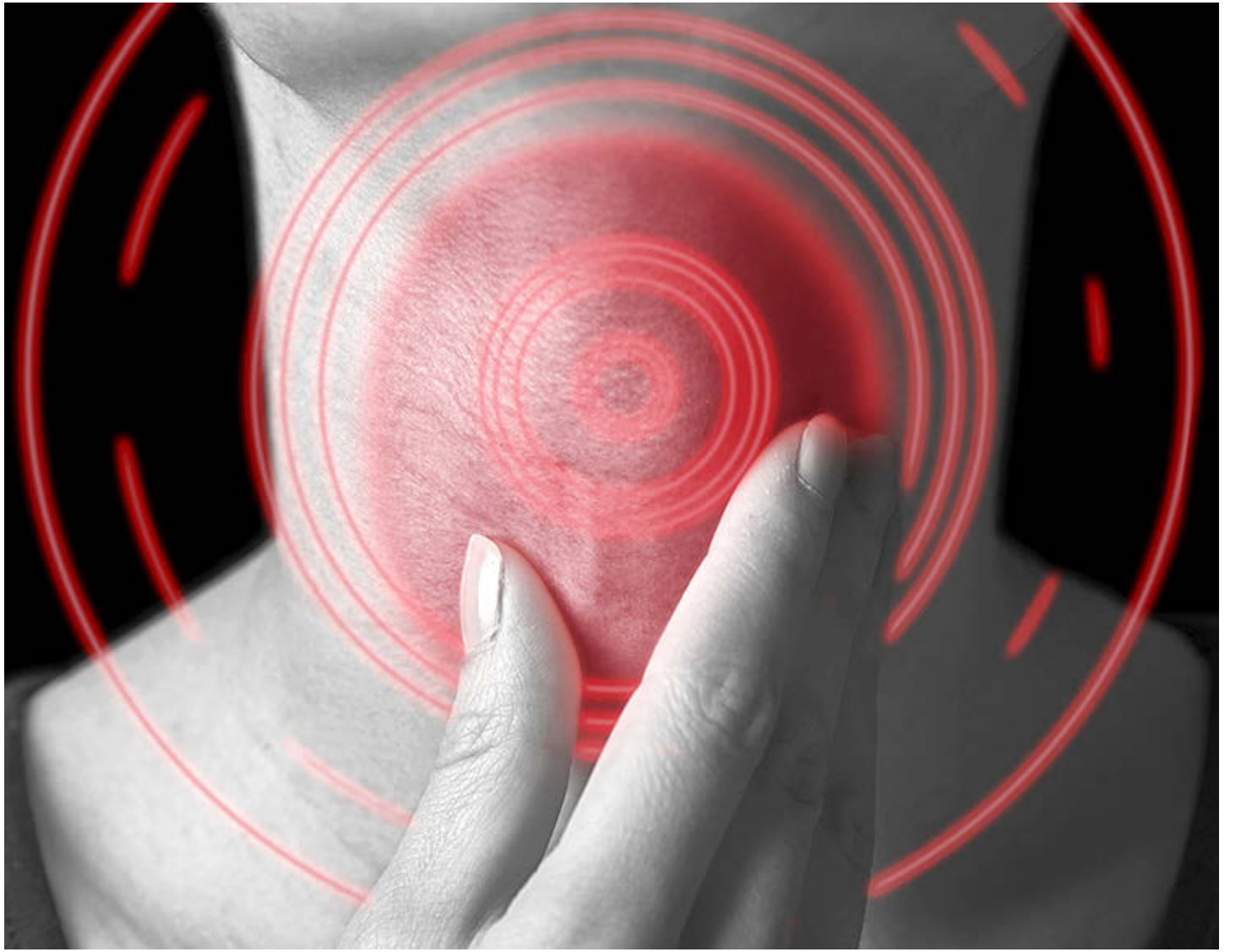
En el medio laboral hay un gran número de factores externos que pueden influir negativamente en el aparato fonador. La falta

de humedad, el exceso de frío o de calor y la ventilación escasa se han de tener muy en cuenta porque pueden irritar las mucosas. El polvo y el humo son también agentes ambientales adversos que favorecen la aparición de cuadros clínicos de laringitis y faringitis crónicas. Se caracterizan por una voz áspera o ronca debido a la inflamación de las cuerdas vocales. Entre las condiciones del espacio de trabajo, el ruido es el factor de mayor impacto. La intensidad de la voz se incrementa en 1 dB por cada dB de incremento en el nivel de ruido.

Es responsabilidad empresarial conocer y aplicar las medidas ambientales adecuadas en los lugares de trabajo cerrados y que se establecen desde el Real Decreto 486/1997. La temperatura en estos lugares de trabajo sedentario como oficinas o similares, debe estar comprendida entre 17 y 27º C, y entre 14 y 25ºC para los locales donde se realicen trabajos ligeros. Existen también límites en la humedad relativa y en la velocidad de las corrientes de aire a las que el trabajador pueda estar expuesto. Es obligado proporcionar fuentes u otros sistemas de agua potable que permitan una buena hidratación. Hay que disminuir el ruido ambiental e instalar medios técnicos que eviten forzar la voz en exceso, por ejemplo, micrófonos. Los periodos de descanso y la correcta distribución de tareas son factores organizativos muy a tener en cuenta para evitar tensiones musculares y cansancio.

Nodulos vocales, la patogía más frecuente

Entre las patologías más frecuentes a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales, se encuentran los nódulos vocales que son reconocidos legalmente como enfermedad profesional. Son lesiones benignas y suelen ser bilaterales. Su presencia impide el cierre completo de las cuerdas vocales, generando pérdida de aire y disfonía a modo de voz ronca emitida con esfuerzo. El tratamiento con rehabilitación foniátrica resulta muy efectivo. Los métodos empleados son variados. Los ejercicios de relajación se orientan a mantener una buena postura y equilibrio y los ejercicios de respiración buscan fomentar la respiración diafragmática. Hay también ejercicios de vocalización articular para trabajar la posición de la lengua, el velo del paladar y la abertura de la boca con el objetivo de ganar agilidad y flexibilidad. La resistencia vocal, al igual que un deportista, requiere de entrenamiento especial. Los nódulos de gran tamaño requerirán la extirpación quirúrgica que actualmente se puede llevar a cabo con instrumental microquirúrgico.



ISTOCK

El pasado 16 de abril, otorrinolaringólogos de varias ciudades españolas ofrecieron consultas gratuitas con recomendaciones específicas y exploraciones de las cuerdas vocales con motivo del *Día Mundial de la Voz* y bajo el auspicio de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Una magnífica iniciativa que mereció mayor difusión, pero el mundanal ruido en el que vivimos hace que quien de verdad sabe de qué habla, no encuentre razones para alzar la voz.

EL GASTO EN HEPATITIS LLEGA **A LA JUSTICIA**

El impacto presupuestario de los nuevos tratamientos contra el virus de la hepatitis C pone a las comunidades autónomas entre la espada del ministro de Hacienda y la pared de los tribunales

JUAN MARQUÉS

Cristóbal Montoro, ministro de Hacienda. F. V.

Los tratamientos del virus de la hepatitis C han provocado una situación inédita en la sanidad española. A la presión ejercida por los pacientes a través de encierros en distintos centros hospitalarios para exigir el acceso generalizado a las nuevas terapias de alto coste, hay que unir también las causas penales abiertas contra los responsables de la sanidad estatal y autonómica, tras acordarse el año pasado un plan nacional de acceso a gran escala a estos fármacos único en el mundo.

El Tribunal Constitucional deberá resolver así en próximas fechas sobre la responsabilidad de la exministra de Sanidad, Ana Mato, después de que el Tribunal Supremo archivase la querella presentada por la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C. En Santiago de Compostela es la Fiscalía quien atribuye dos delitos de homicidio por imprudencia grave profesional a dos altos cargos de la Consejería de Sanidad de Galicia, quienes han tenido que declarar por retrasar y restringir el acceso de seis pacientes que murieron a estos medicamentos curativos.

El impacto presupuestario impide afrontar inversiones a largo plazo

¿Por qué se ha llegado a esta situación? A la vista del conflicto podría parecer que el Gobierno se ha cruzado de brazos en esta ocasión, pero nada más lejos de la realidad. La sanidad pública española ha sido la primera en negociar y financiar para el colectivo de afectados estos fármacos en Europa,

según sostiene el Ministerio de Sanidad. Y el coste ha sido millonario. En total, se invirtieron 1.090 millones de euros en 2015 para tratar a cerca de 40.000 pacientes, después de negociarse un techo de gasto de 786 millones de euros con los laboratorios fabricantes que acabaría ampliándose en diciembre a los 1.000 millones. Según el último dato ofrecido por el ministro de Sanidad en funciones, Alfonso Alonso, el pasado 19 de abril, son ya 46.000 los beneficiados dentro de un objetivo inicial de alcanzar los 52.000 tratamientos, según el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C aprobado el año pasado.

Impacto presupuestario

El impacto presupuestario de los nuevos antivirales para las comunidades autónomas ha sido tan elevado que dispararon la factura del gasto farmacéutico hospitalario en un 27 por ciento el año pasado. El ministro de Hacienda, Cristóbal Montoro, acabó refiriéndose a esta partida de gasto para explicar en parte el desvío del objetivo de déficit autonómico en 2015. Fedea ha rebajado más tarde su repercusión y dejado sin coartada a las regiones, ya que habrían duplicado (1,4 por ciento) la meta del déficit público sin el gasto en los fármacos de última generación contra el VHC y otros atípicos en principio no recurrentes. No tiene en cuenta esta asociación que hay 95.524 personas diagnosticadas con hepatitis C en España y que cerca de medio millón más podrían desconocer que están afectados por la enfermedad, según los expertos, lo que de nuevo elevará el gasto en 2016 y computará como déficit.

Las autonomías no han tardado en utilizar el reproche de Hacienda para hacer un frente común, incluida Castilla y León, y acusar al Gobierno de incumplir su palabra. Y es que fue Alfonso Alonso, junto con el secretario de Estado de Hacienda, Antonio Beteta, quienes prometieron que no computaría como déficit el plan contra la hepatitis C a efectos de la Ley de Estabilidad Presupuestaria. Más tarde se ha comprobado que fue un deseo frustrado por "exigencias" de Bruselas, según se ha justificado el ministro en funciones.

También se ha visto que el esfuerzo desplegado por cada comunidad ha sido muy distinto. Madrid ha sido una de las regiones que más ha invertido en las nuevas terapias, con un gasto extra de 218 millones. Casi uno de cada cuatro euros gastados en farmacia hospitalaria se destinó a antivirales. Para este año tiene presupuestado 59,2 millones más. Galicia, una de las regiones señalada en los tribunales, gastó 77 millones de euros en 2015 y tiene previsto invertir 46 millones más este año. Otras regiones, en cambio, como País Vasco sólo invirtieron 23,4 millones de euros.

218

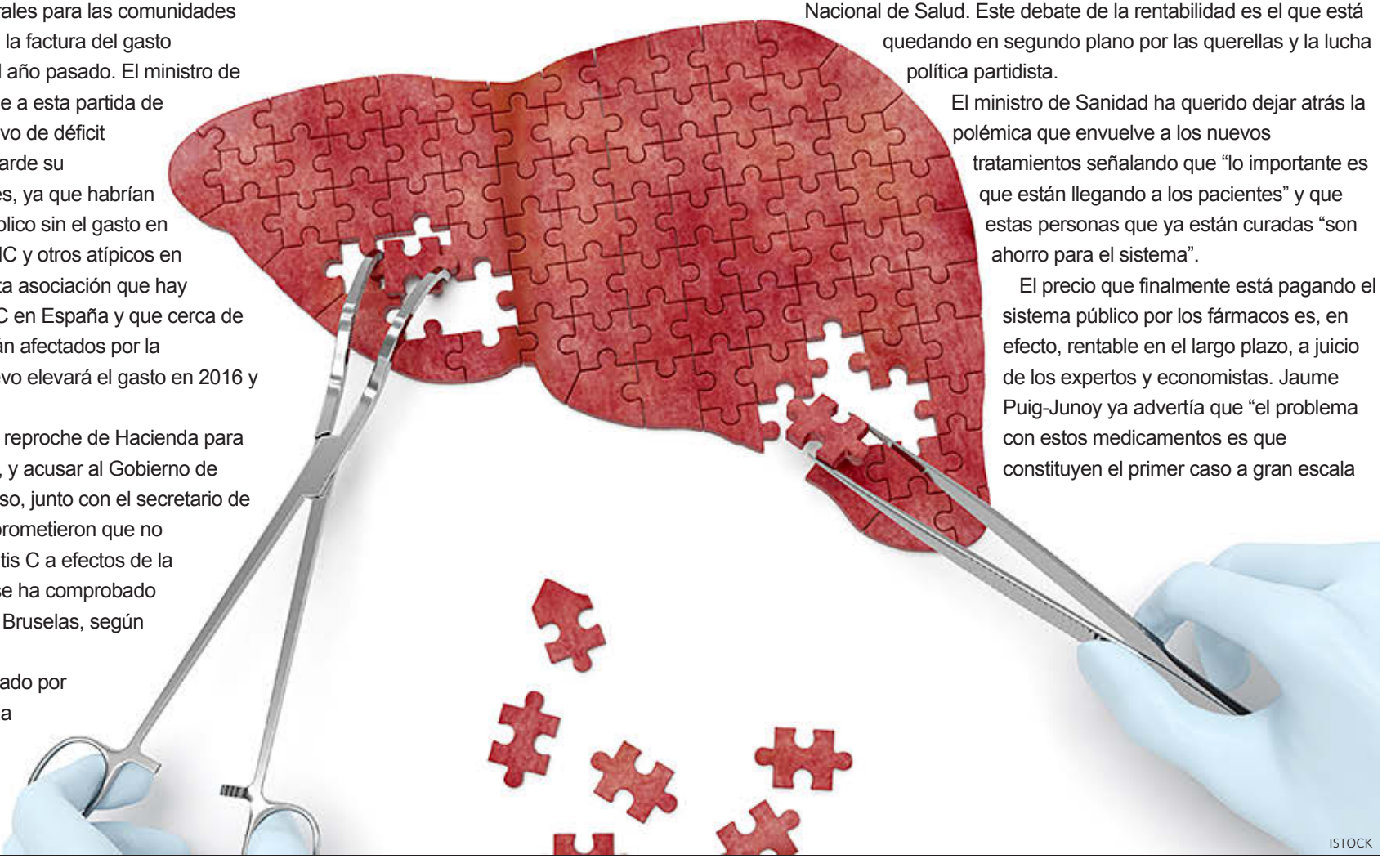
Madrid ha sido una de las regiones que más ha invertido con un gasto de 218 millones en 2015

Debate en segundo plano

Lo que también se ha frustrado es la oportunidad de plantear la financiación de los medicamentos de última generación que se van a lanzar durante los próximos años a precios también elevados como una inversión a largo plazo que resultará rentable en el plazo de cinco a diez años para el Sistema Nacional de Salud. Este debate de la rentabilidad es el que está quedando en segundo plano por las querellas y la lucha política partidista.

El ministro de Sanidad ha querido dejar atrás la polémica que envuelve a los nuevos tratamientos señalando que "lo importante es que están llegando a los pacientes" y que estas personas que ya están curadas "son ahorro para el sistema".

El precio que finalmente está pagando el sistema público por los fármacos es, en efecto, rentable en el largo plazo, a juicio de los expertos y economistas. Jaume Puig-Junoy ya advertía que "el problema con estos medicamentos es que constituyen el primer caso a gran escala



ISTOCK

de un tratamiento muy eficaz para un volumen de población bastante elevado y con precios desorbitados, al estilo de los de los nuevos tratamientos oncológicos". En opinión del profesor de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, los precios de los nuevos fármacos de la hepatitis C son altos pero están ajustados. "Si se aplicara un sistema de precios basado en el valor -coste máximo por año de vida ganado ajustado por calidad, Avac- es posible que el precio resultara algo más reducido pero no muchísimo más, ya que ganan muchos Avac", aseguraba antes de que se aprobase el plan nacional.

Hay que tener en cuenta que las nuevas terapias han demostrado curar a más del 90 por ciento de los pacientes tratados, por lo que se puede llegar a reducir en el futuro los ingresos hospitalarios, así como la necesidad de trasplantes hepáticos y otros costes de atención médica para atender a uno de cada cuatro afectados que desarrolla una cirrosis hepática. Se calcula que el coste de un trasplante puede ascender a 150.000 euros.

Lo que sigue pendiente es la financiación de este tipo de tratamientos, si debe correr con los gastos el Estado, como sostienen las regiones, o deben realizar el esfuerzo las comunidades, ya que no deja de ser una competencia autonómica dentro de un modelo de sanidad descentralizada y serán las beneficiarias de los ahorros que generen las nuevas terapias.

Precio de los tratamientos

Otra cuestión sin resolver es el precio de los tratamientos o si la sanidad pública puede costear estas terapias. El titular de Sanidad de Aragón, Sebastián Celaya, denunció en el último Consejo Interterritorial del SNS que siguen sin saber cuánto han costado esos fármacos, ya que se trató de una negociación que llevó directamente el Ministerio con los laboratorios, pero que les "gustaría saber, por transparencia, porque nos da la impresión de que se están pagando precios distintos en distintas comunidades". Hasta este punto ha llegado la ocultación del precio negociado con los laboratorios, ya que desde junio de 2012 se han dejado de publicar los precios de venta acordados por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos para las terapias nuevas.

Desde que la Agencia Europea del Medicamento aprobó a comienzos de 2014 los nuevos fármacos contra la hepatitis C, Sanidad ha negociado con las farmacéuticas una bajada de las tarifas y esperado la entrada de nuevos tratamientos, además de elaborar los Informes de Posicionamiento Terapéutico para acotar el uso de las opciones disponibles: sofosbuvir con ledipasvir (Harmoni, de Gilead), sofosbuvir (Gilead) con simeprevir (Janssen), sofosbuvir con daclatasvir (BMS) y el *combo* de Abbvie -ombitasvir, paritaprevir y ritonavir y desabuvir-, recientemente incluido en la cartera de Sanidad.

Para abordar el precio de los tratamientos, Puig-Junoy recomendaba "una negociación de cifra de compra basada en la cantidad de pacientes a tratar y una estrategia de competencia terapéutica a la vista de los nuevos productos para esta indicación que van a entrar en el mercado en fechas próximas". Justo lo que se ha hecho en el caso de la hepatitis C al abrir las posibilidades de tratamiento a las distintas combinaciones de terapias disponibles en el mercado, aunque después las Administraciones hayan acabado culpándose de la financiación del plan y de su impacto en el déficit.

Gasto farmacéutico hospitalario en 2015

Gasto Devengado neto. Acumulado anual

CCAA	EN MILES DE EUROS	TASA DE VAR. INTERANUAL (%)	VARIACIÓN INTERANUAL (MILES DE EUROS)	(%) TASA DE VAR. INTERANUAL SIN EFECTO DE LOS MEDICAMENTOS VHC
Andalucía	980.027,29	27,9	213.826,27	3,3
Aragón*	201.029,50	22,8	37.305,00	8,8
Asturias*	183.735,69	28,6	40.857,20	9,5
Baleares	167.371,15	37,1	45.256,01	11,7
Canarias	262.566,78	23,7	50.344,14	8,9
Cantabria*	108.878,45	34,2	27.757,81	7,6
Castilla y León	358.892,97	29,4	81.536,52	11,6
Castilla-La Mancha	251.739,85	22,8	46.818,68	6,0
Cataluña	1.020.325,91	21,0	177.128,53	2,3
Extremadura	160.303,02	19,0	25.632,00	5,0
Galicia*	457.580,78	37,0	123.562,07	14,1
Madrid	943.673,69	29,8	216.596,48	−1,6
Murcia	197.212,00	22,1	35.730,00	6,8
Navarra	96.731,22	17,1	14.109,48	5,1
País Vasco*	266.911,41	17,0	38.769,23	6,7
La Rioja*	54.815,98	16,2	7.638,64	−4,2
C. Valenciana	877.373,99	25,4	177.814,57	1,5
TOTAL CCAA	**6.589.169,69**	**26,0**	**1.360.682,63**	**4,5**

Fuente: Ministerio de Hacienda. elEconomista

1.090

Son los millones de euros invertidos en 2015 para tratar a cerca de 40.000 pacientes

Nuevo Ruber Juan Bravo abre sus Urgencias en mayo

El nuevo Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo, nacido de la integración de Ruber y San Camilo, se erige como el hospital privado de referencia en el centro de Madrid. Une la excelencia en la atención y los mejores cuadros médicos de ambos centros, ofreciendo la más alta tecnología y unas instalaciones de la máxima calidad. La nueva Urgencia del centro se abrirá en mayo y será la mayor y mejor dotada del centro de la capital.

Quirónsalud lanza un plan contra el cáncer de pulmón

El grupo Quirónsalud liderará un amplio programa de detección precoz de cáncer de pulmón en toda España mediante TAC de baja dosis, que tiene como objetivo conseguir una reducción en las tasas de mortalidad vinculadas con esta enfermedad, que causa 18.000 muertes al año en España. El programa, coordinado desde el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, prevé incluir a fumadores y exfumadores sin síntomas.

EXPOCOFARES
Claves del futuro de la Farmacia

Expocofares acerca las técnicas del mercado digital

Cofares contará con Google y destacados expertos del sector para ofrecer a los farmacéuticos españoles las estrategias de gestión más eficientes para adaptarse al nuevo mercado digital. Con este fin, el grupo distribuidor lanza Expocofares, una iniciativa pionera con formato de jornada ferial y de conferencias que llevará por diferentes ciudades de España. La primera sesión contó con un gran seguimiento en Santiago de Compostela.

Nueva acreditación del Hospital Nisa 9 de Octubre

La Unidad de Coloproctología del Hospital Nisa 9 de Octubre de Valencia (Centro europeo de cirugía colorectal) logra la acreditación como Unidad Avanzada concedida por la Asociación Española de Coloproctología. Se convierte así en una de las 12 unidades acreditadas en España, y en el primer centro privado que recibe esta certificación. Se trata de un proceso voluntario de revisión de la competencia profesional en este terreno.

BioSequence acerca la biopsia líquida

BioSequence, el único centro en España que realiza análisis genómicos avanzados para todo tipo de cáncer, hace una gran apuesta por la biopsia líquida con dos de sus laboratorios de referencia internacional con los que colabora de forma estrecha: OncoDNA y Guardant Health. Muestra de ello es la participación en la Segunda Edición del Simposio Nacional de Genómica aplicada en Oncología que ha tenido lugar en el CNIO.

LA INVERSIÓN EN TECNOLOGÍA SE ACTIVA

Los fabricantes de equipos médicos facturan 7.000 millones de euros en 2015 y confían en que la exigencia de nuevos recortes no trunque el plan de inversiones

JUAN MARQUÉS

ISTOCK

La renovación del parque tecnológico sanitario ya ha comenzado aunque no al ritmo que la situación de obsolescencia generalizada de la sanidad española requiere. Las empresas de tecnología sanitaria han avanzado que este mercado creció el año pasado el 1,5 por ciento, hasta obtener unos ingresos de 7.000 millones de euros, según la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).

Falta ahora que los compromisos adquiridos por el sector con las distintas Administraciones para modernizar la tecnología médica “se concreten en realidades en los planes y presupuestos de inversión en equipamiento tecnológico sanitario y en su actualización y mantenimiento adecuado”, como subraya la presidenta de Fenin, María Luz López-Carrasco, en la primera *Memoria Anual de Sostenibilidad* de Fenin.

Siete de cada diez euros facturados por este sector, que engloba a 15 subsectores de actividad formados por empresas de fabricantes, importadoras y distribuidoras de tecnologías y productos sanitarios, corresponde a la sanidad pública. Una razón más que suficiente para mirar con lupa los presupuestos autonómicos de este año después de que la partida de inversión haya sido la más castigada durante los años de la crisis, al reducirse en más de un 50 por ciento.

De los 4.123 millones de euros invertidos en 2009 en la construcción de centros hospitalarios o en la dotación de los mismos y la modernización del equipamiento de los hospitales, en 2014 se bajó a poco más de 2.000 millones, una caída de 2.114 millones que poco a poco se está recuperando.

El impacto del ajuste del gasto público en los ingresos de las empresas ha sido profundo. Desde 2010, su mercado se ha reducido en un 16 por ciento, lo que también ha supuesto una pérdida de empleo del 7 por ciento en un sector que genera 23.000 puestos de trabajo.

Parece el momento ahora de revertir esta situación y recuperar el terreno perdido. Los presupuestos autonómicos en sanidad de 2016 recogen un incremento del 3,8 por ciento, que se suma al crecimiento del 1,8 por ciento registrado el año anterior. El capítulo VI, que incluye las inversiones en equipamiento e infraestructura en hospitales, ya aumentó el 14 por ciento de media respecto a 2014, si bien el gasto retrocedió en Asturias, Baleares, Cataluña y Murcia.

Los sectores de tecnología sanitaria más beneficiados el año pasado han sido Implantes de Ortopedia y Traumatología, con incrementos del 5 por ciento, y Cardiología, Efecto y accesorios -material de cura y apósitos-,

Tecnología y Sistemas de Información Clínica y Productos de Un Solo Uso, con alzas del 3 por ciento. En terreno negativo se situaron Nefrología (-1,8 por ciento), Oftalmología (-0,9 por ciento) y Terapias Respiratorias Domiciliarias (-5,5 por ciento), Diagnóstico in vitro (-2 por ciento) y Dental (-2 por ciento).

Una de las válvulas que ha permitido al sector crecer durante los últimos años ha sido el mercado exterior. Las ventas en el extranjero alcanzaron los 2.355 millones de euros, un 6 por ciento más que en 2014, en línea con la tendencia apuntada en los últimos cinco años. El 74 por ciento de las exportaciones se ha dirigido a cinco países europeos: Alemania, Portugal, Bélgica, Francia e Italia. Además de la Unión Europea, Estados Unidos y Japón son los más importantes en volumen, mientras que China, México, Brasil o Rusia los que más crecen, según los datos de Fenin. Aunque se ha reducido desde 2011, la balanza comercial de tecnología sanitaria sigue siendo deficitaria en más de 2.838 millones de euros.

Otro de los logros obtenidos por el sector es reducir tanto los plazos medios de pago como las facturas pendientes de cobro por parte de las administraciones. La cifra global de facturas pendientes de pago de las comunidades autónomas se situó así en su nivel más bajo en los últimos cuatro años, gracias a las facilidades puestas en marcha por el Gobierno. A 31 de diciembre de 2015, el importe de las facturas pendientes de cobro era de 1.085 millones de euros, un 79 por ciento menos que en 2011, con plazos medios de pago de 148 días.

Las ventas exteriores alcanzaron los 2.355 millones de euros, un 6 por ciento más que en 2014

ISTOCK

Morosidad de las CCAA en tecnología sanitaria en 2015

Gasto Devengado neto. Acumulado anual

SERVICIO SALUD	PLAZOS MEDIOS DE PAGO		IMPORTE DE LAS FACTURAS PENDIENTES DE COBRO	
	DÍAS	DÍAS/2014 (%)	(M€)	M€/2014 (%)
Extremadura	264	−38,01	60	−36,45
Baleares	236	−20,54	52	−16,48
Aragón	220	−50,59	60	−50,56
C. Valenciana	209	−41,09	160	−40,32
Andalucia	190	−16,93	224	−16,79
Castilla y León	175	1,94	105	2,13
Galicia	167	−6,16	87	−7,98
Murcia	158	−7,16	39	−7,50
Madrid	115	−35,89	119	−30,88
Cantabria	104	−25,86	11	−23,40
Asturias	90	2,99	22	7,62
Canarias	85	−5,98	31	−14,55
Cataluña	74	−73,66	53	−70,33
La Rioja	74	20,80	5	17,10
Ceuta/Melilla	59	−26,56	2	−42,80
Castilla-La Mancha	59	−56,54	24	−51,88
Pais Vasco	58	15,46	28	4,78
Navarra	35	−11,40	4	−22,83
Datos globales	148	−30,00	1.085	−31,00

Fuente: Fenin. elEconomista

Uno de cada cuatro equipos de tecnología está obsoleto

30%

Las inversiones anuales efectuadas durante los años de la crisis en tecnología sanitaria han sido muy inferiores a la tasa de renovación sostenible y han provocado un déficit tecnológico de un 30 por ciento sobre el total de la tecnología instalada, según Fenin.

2.114 millones

De los 4.123 millones de euros invertidos en 2009 en la construcción de centros hospitalarios o en la dotación de los mismos y la modernización del equipamiento de los hospitales, se bajó a poco más de 2.000 millones en 2014, 2.114 millones menos.

10 años

Las tomografías computerizadas con más de diez años se concentran en Castilla-La Mancha, Galicia, Aragón y Murcia frente a un promedio de más de un 40 por ciento de los equipos con una edad inferior a cinco años instalados en los hospitales de Asturias, País Vasco y Cataluña.

60%

Fenin dispone de un mapa de obsolescencia de los equipos tecnológicos clave que están alejados de las directrices europeas de Cocir, que establecen que al menos el 60 por ciento debe tener una antigüedad de instalación inferior a los cinco años.

EE

JAVIER URCELAY

Director general en España de la farmacéutica Shire

ALBERTO VIGARIO

La farmacéutica Shire es de las pocas compañías del sector farmacéutico especializadas en la investigación de medicamentos para enfermedades raras. Actualmente cuenta con 50 proyectos en desarrollo para el área de medicamentos huérfanos y si los programas que tienen en marcha progresan esperan lanzar 20 nuevos fármacos en los próximos 5 años. La multinacional británica cumple ahora 30 años desde su fundación y 15 desde su llegada a España y acaba de adquirir la farmacéutica estadounidense Baxalta por una cantidad superior a los 30.000 millones de euros. El director general en España, Javier Urcelay, explica en esta entrevista las características de uno de los laboratorios más diferentes de la industria farmacéutica.

¿Hay más interés ahora de las farmacéuticas en investigar en enfermedades raras?

En el año 2000 la Unión Europea puso en marcha una serie de incentivos a la investigación y desarrollo de medicamentos huérfanos dirigidos al tratamiento de las enfermedades raras, siguiendo la estela de lo previamente hecho en Estados Unidos y Japón. El resultado de esos estímulos ha sido, efectivamente, un incremento en el número de medicamentos y proyectos de investigación dirigidos a enfermedades hasta ahora olvidadas.

"Desde el año 2000, más farmacéuticas estudian **las enfermedades raras por los incentivos de la UE"**

¿Qué se aprende en una compañía que investiga este tipo de enfermedades?
Las enfermedades raras afectan a muchas personas en su conjunto -unos tres millones en España-, pero a muy pocas personas si se considera individualmente cada una de las 7.000 enfermedades raras que se estima que existen. Trabajar en este campo permite, por tanto, una gran cercanía con la problemática de las personas afectadas, una gran sensibilidad a sus necesidades, una mayor capacidad para apreciar cómo nuestros medicamentos cambian la vida de los pacientes.

¿En qué tipo de enfermedades minoritarias están centrados y de qué está más orgulloso de lo lanzado al mercado por su compañía en los últimos años?
Más de la mitad de los productos de Shire son medicamentos huérfanos para enfermedades raras, en campos como las enfermedades lisosomales -enfermedades de Fabry, de Gaucher y de Hunter-, la trombocitemia esencial, el angioedema hereditario... De los 60 programas de investigación de nuevos medicamentos que tenemos en curso, 50 corresponden a medicamentos huérfanos para enfermedades de baja prevalencia.

Sois una compañía y como tal el objetivo final pasa por ganar dinero a final de año. ¿Cómo se consigue investigando en este tipo de enfermedades?
El modelo de negocio de Shire está adaptado a la investigación y comercialización de productos dirigidos a pequeños grupos de población afectados por enfermedades raras o ultrarraras. Para ello hemos desarrollado competencias en campos como la aceleración del diagnóstico, programas de apoyo a los pacientes, la formación médica continuada, los intercambios científicos, etc.

La industria farmacéutica, en general, no tiene una buena imagen. ¿Qué mensaje puede transmitir como parte de ella para cambiar esta percepción?
La industria farmacéutica es responsable de una muy buena parte del progreso de la medicina de nuestro tiempo, que ha cambiado el curso de muchas enfermedades, ha incrementado la calidad de vida de la población y ha posibilitado una prolongación de la expectativa de vida a niveles impensables hace sólo unas décadas. Sin la industria farmacéutica investigadora nada de esto hubiera sido posible. Dicho lo anterior, es lógico que la sociedad tenga el ojo puesto sobre un sector cuya actividad afecta a bienes tan importantes como la salud y la vida humana, y a los que las sociedades modernas necesitan dedicar importantes recursos económicos públicos.

EE

"Este campo permite una gran cercanía **con las personas afectadas**"

"La industria farmacéutica es responsable **de buena parte del progreso**"

"Quien piense que el TDAH es un invento **no ha conocido ningún caso**"

Su compañía investiga un tipo de trastorno, el TDAH, que se ve salpicado a veces como un ejemplo de enfermedad inventada por las farmacéuticas. ¿Qué puede responder?
En España hay más de 70 asociaciones de pacientes, surgidas espontáneamente de la preocupación de los padres y las familias afectadas. Por otra parte el consenso científico actual sobre la existencia del trastorno y sus secuelas es abrumador. Quien piense que el TDAH es un invento es que no ha hablado con ningún especialista o no conoce ningún caso. Si lo tuviera en su casa, en su clase, en su familia, tendría una opinión muy diferente.

Con unos años difíciles donde han caído las ventas del mercado farmacéutico nacional, ¿cómo han sido estos años de ventas en España? ¿Cómo fue 2015 y qué espera de 2016?
El mercado farmacéutico ha sufrido extraordinariamente la crisis económica, retrotrayéndose a los niveles de hace más de una década, aunque parece que empieza a mostrar signos de reactivación. Y ello no porque la demanda social de salud haya decrecido con la crisis, sino por las medidas adoptadas por las autoridades para la contención del gasto sanitario, una parte muy importante de las cuales han recaído sobre el consumo de medicamentos.

¿Cuál es el tamaño actual de Shire en España? ¿Ha crecido en los últimos años? ¿Ha tenido que hacer ajustes o reorganizarse para superar la caída del mercado?
Shire es una compañía joven. Celebramos ahora el 30 aniversario de nuestro nacimiento como empresa farmacéutica en el mundo, y el décimo aniversario de nuestra implantación en España. Está pues en fase de plena vitalidad y expansión, lo que nos ha permitido crecer significativamente a pesar de la crisis, alcanzando una facturación que ronda los 100 millones de euros y una plantilla de algo más de 100 empleados. A ello ha ayudado el perfil innovador de nuestros productos y nuestro posicionamiento en patologías donde hay necesidades médicas no resueltas en las que los nuevos fármacos aportan gran valor añadido.

EE

¿Qué últimos lanzamientos han tenido en España?
Nuestros últimos productos se han dirigido al tratamiento de la enfermedad de Gaucher, el angioedema hereditario, el TDAH del que antes hemos hablado, y la colitis ulcerosa.

¿En qué otras áreas espera entrar la compañía próximamente?
Los próximos lanzamientos previstos son un nuevo fármaco revolucionario para el llamado síndrome del intestino corto -pacientes que dependen para vivir de larga horas de nutrición parenteral- y un medicamento del grupo de los no estimulantes que formará parte del tratamiento multimodal del TDAH.

Usted está al frente de la filial de una multinacional. ¿Cómo les explica a sus jefes que deben seguir apostando por España?
España ha atravesado una durísima crisis económica, pero ha demostrado saber encararla para salir de ella. A pesar de todas las dificultades, nuestro país conserva cualidades y potencialidades para mantenerse como una de las economías más dinámicas de nuestro entorno europeo. Personalmente me siento orgulloso de que, dentro de nuestra empresa, España sea un país de referencia en cuanto a muchas iniciativas innovadoras, a la calidad de sus equipos profesionales y a la consecución de resultados.

"España sigue siendo una de las economías **más dinámicas de Europa"**

"Nuestra previsión es lanzar 20 productos **en cinco años"**

¿Cree que las compañías farmacéuticas en España han realizado ya los ajustes necesarios para superar esta crisis?
Sí, a lo largo de los últimos años el sector se ha visto en la necesidad de adaptarse a un entorno que ha requerido sacrificios. Vivimos en una época caracterizada por el cambio incesante y acelerado. La capacidad de adaptarse a los cambios es, hoy en día, el primer requisito para sobrevivir y para competir, y creo que, en su conjunto, la empresa farmacéutica lo tiene bien integrado en su ADN.

¿Considera que España gasta poco en su sistema sanitario comparado con otros países europeos?
El gasto por habitante es de los más bajos de nuestro entorno. Sin embargo los costes de la innovación son crecientes, y la demanda de salud de la población aumenta sin cesar, en buena medida a causa de dos logros en los que la industria farmacéutica ha tenido mucho que ver: la cronificación de enfermedades antes mortales, y la mayor longevidad y esperanza de vida. La sociedad tendrá que plantearse a dónde quiere dirigir sus recursos, que obviamente no son nunca ilimitados.

Shire ha comprado Baxalta. ¿Qué supone para la compañía? ¿Qué presencia tiene Baxalta en España?
Efectivamente, Shire ha llevado a cabo una propuesta de adquisición de Baxalta, una importante empresa farmacéutica internacional especializada en los campos de la Hemofilia, la Inmunología y la Oncología. Una vez aprobada la integración de Baxalta por parte de las autoridades reguladoras y los accionistas, la nueva Shire pasará a ser una compañía biotecnológica líder global en el campo de las Enfermedades Raras y otras patologías de especialistas. La integración de Baxalta refuerza extraordinariamente tanto la fortaleza comercial del grupo en los principales mercados mundiales -incluido España, donde Baxalta es aproximadamente la mitad del tamaño actual de Shire-, como las áreas de investigación y fabricación. Nuestra previsión es poder lanzar 20 nuevos productos en los próximos cinco años.

DISFRUTE DE LAS REVISTAS DIGITALES

de elEconomista.es

Tecnología elEconomista
Sanidad elEconomista
Gestión Empresarial elEconomista
Catalunya elEconomista
Transporte elEconomista
País Vasco elEconomista
Franquicias y Emprendedores elEconomista
Valenciana Comunitat elEconomista
Ecomotor.es
Andalucía elEconomista
Madrid elEconomista
Seguros elEconomista
Energía elEconomista
Inversión a fondo elEconomista
REVISTA elite sport
Consumo elEconomista
Alimentación y gran consumo elEconomista
Agua y medio ambiente elEconomista
Agro elEconomista
Iuris&lex elEconomista

Disponibles en todos los dispositivos electrónicos

Acceso libre descargándolas en:

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

Dra. Ana Jiménez

Secretaria electa de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) y facultativo especialista del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Nuevos procesos en la reconstrucción mamaria

El cáncer de mama es el que más afecta a las mujeres españolas, con unos 25.000 casos nuevos diagnosticados cada año. De ellos, se estima que algo más del 64 por ciento acaban en una mastectomía (unos 16.000), pero sólo el 30-40 por ciento de estas mujeres son operadas para la reconstrucción mamaria y, de ellas, únicamente a entre el 30 y el 40 por ciento se les practica la micropigmentación de areola y pezón. La micropigmentación de areola y pezón constituye, sin embargo, el necesario punto final a la reconstrucción mamaria y es una técnica que está cubierta por la Seguridad Social. Ocurre que se realiza poco por desinformación y por el déficit de unidades especializadas para practicarla. Por ello, es preciso que se unifiquen los protocolos de actuación en cáncer de mama en todos los hospitales y comunidades autónomas españolas, de forma que las pacientes sean informadas siempre de las opciones de reconstrucción mamaria, esta intervención sea realizada exclusivamente por los Servicios de Cirugía Plástica y estos cuenten con unidades de Micropigmentación o puedan derivar, en caso contrario, a centros en los que existan por su gran volumen de reconstrucciones. Con independencia de que la reconstrucción mamaria sea inmediata, es decir, en la misma operación que la mastectomía, o diferida, y de que se realice con colgajos, prótesis o expansor, a esta intervención suele seguirle otra en la que, además de sustituirse el posible expansor usado en la primera por una prótesis, se realiza la simetrización de las mamas mediante procedimientos de elevación, reducción o aumento. En la mayoría de los casos, en esta segunda intervención, no se procede aún a la reconstrucción del pezón, ya que es conveniente que transcurra un tiempo para que las mamas caigan de forma natural y se estabilice el resultado. La pauta mayoritaria es dejar pasar unos tres meses antes de que el cirujano plástico reconstruya el pezón, utilizando colgajos de tejidos del pecho de la paciente y anestesia local, y, a partir de ahí, otros tres meses para proceder a la micropigmentación.

Hay que apuntar, finalmente, que esta técnica tiene que ser aplicada por profesionales especializados en ella y que el lugar para hacerlo es un entorno sanitario, pues la zona a intervenir, el pecho, ha sido objeto de una cirugía previa. Además, el cirujano plástico debe valorar si está aconsejada la micropigmentación en la paciente, realizando una prueba que prevenga posibles alergias a los pigmentos usados para colorear la areola y el pezón.

> Es preciso que se unifiquen los protocolos de actuación en cáncer de mama en todos los hospitales y regiones, de forma que las pacientes sean informadas siempre de las opciones de reconstrucción mamaria

Antídotos: la 'app' para actuar rápido ante una intoxicación

ELECONOMISTA

Profesionales del Hospital General Universitario de Ciudad Real, dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, han diseñado la primera aplicación gratuita para dispositivos móviles en la que se puede consultar el tratamiento a dispensar en un caso de intoxicación aguda.

La 'app' va dirigida a personal sanitario y tiene como objetivo proporcionar de un modo rápido y práctico información actualizada sobre el tratamiento farmacológico de las urgencias toxicológicas con las que pueden encontrarse médicos y enfermeros en su día a día. La aplicación desarrollada en el hospital ciudadrealeño lleva por título *Guía de Antídotos en Intoxicaciones Agudas* y está estructurada en 31 capítulos. Cada uno de ellos hace referencia a un tipo de intoxicación -ácidos, herbicidas, opiáceos, mordeduras, antidepresivos, gases irritantes, hidrocarburos, setas, etc.-.

Además, contiene una descripción de los signos y síntomas de las mismas y las recomendaciones de uso del antídoto u otros fármacos para el abordaje toxicológico: principio activo, presentación comercial, indicación toxicológica, mecanismo de acción, posología, vía de administración y observaciones.

La guía permite acceder también a un índice de intoxicaciones, antídotos y tóxicos. En la relación se citan 37 antídotos y más de 240 sustancias tóxicas enlazadas con sus capítulos correspondientes.

Junto a estos tres apartados hay otros tres en los que el usuario puede consultar información relativa a la aplicación -autores, revisores y desarrollador, instrucciones y advertencias-, crear y/o editar notas y ver o imprimir el contenido de la guía en formato PDF.

Además, con sólo pulsar el enlace *Emergencias Toxicológicas*, la aplicación le pondrá directamente en contacto con un médico del Instituto Nacional de Toxicología.

ANTÍDOTOS

@Antídotos
Hospital General de Ciudad Real

Las intoxicaciones y las sobredosis de fármacos constituyen una significante fuente de morbi-mortalidad en todo el mundo. Se calcula que en España se producen cada año unas 120.000 intoxicaciones agudas que requieren consulta médica hospitalaria, 3.000 de las cuales son lo suficientemente graves como para justificar el ingreso en una UCI. El número anual de muertos en nuestro país atribuibles a una intoxicación supera el millar, hecho que conlleva una expansión de la toxicología clínica en las unidades de Urgencias y UCI hospitalarias en las que se precisa una rápida toma de decisiones. La aplicación ha sido desarrollada por los profesionales del servicio de Farmacia del HGUCR con la colaboración de facultativos de Urgencias, Medicina Intensiva y Pediatría.

EE

Carlos Bañado

Delegado general de mAbxience

mAbxience, la compañía española especializada en la fabricación de medicamentos bioequivalentes del grupo farmacéutico Chemo, cuenta ya con dos productos desarrollados y cuatro en fase de desarrollo

ELECONOMISTA

La compañía española mAbxience está ya preparada para competir en el emergente mercado de medicamentos biosimilares. La firma, dirigida por Carlos Bañado, especializada en la fabricación de productos equivalentes a sus biológicos de referencia del grupo español Chemo, tiene lista la versión de *MabThera*, de la multinacional Roche, y desarrolla en la actualidad un *pipeline* de cinco biosimilares más, cuatro de ellos anticuerpos monoclonales en oncología y artritis reumatoide. Dos de estos fármacos están ya en la fase última de estudio clínico y tres en fase de desarrollo preclínico, entre los que se encuentra el biosimilar del superventas *Humira* -adalimumab-, que perderá su patente en 2018 y abrirá al mercado unos ingresos de 8.160 millones de euros.

El lanzamiento del biosimilar de *MabThera* puede marcar un hito en el desarrollo futuro de mAbxience, una compañía fundada en 2009 con el fin de explotar el mercado abierto por los biosimilares. Sólo *Rituximab*, el tratamiento del linfoma de No Hogdkin comercializado por Roche, obtuvo unas ventas de 6.900 millones de euros el año pasado. Otro tratamiento que la biotecnológica tiene en desarrollo clínico es el equivalente de *bevacizumab* -Avastin- para tratar el cáncer colorrectal, que ingresó más de 6.000 millones de euros que se disputarán las versiones biosimilares que se lancen al mercado una vez expire la patente en Estados Unidos en 2019. Hasta que reciba la autorización de comercialización de la versión de *MabThera* por parte de la agencia europea, mAbxience comercializa un equivalente en Argentina y Paraguay.

El desarrollo y producción de anticuerpos monoclonales se llevan a cabo en la planta que la biotecnológica adquirió en Genhelix (León, España) en 2014, así como en las instalaciones de PharmADN, un centro de investigación ubicado en Buenos Aires (Argentina). La planta de León es una de las principales de desarrollo bio-farmacéutico de Europa con tecnología punta y unas instalaciones que ocupan una superficie de 5.500 metros cuadrados.

LA COMPAÑÍA ESPAÑOLA MABXIENCE ABRE EL MERCADO DE LOS FÁRMACOS BIOSIMILARES