

LA SANIDAD TIRA UN 40% DE SUS FONDOS Y DEJA AL CÁNCER SIN MÁS PRESUPUESTO

Un 40% del gasto en salud se utiliza en intervenciones ineficientes



PACIENTES

**NUEVE DE CADA DIEZ
ESPAÑOLES SUFREN
CEFALEAS**



Pacientes | P8

La financiación del cáncer se encuentra en el 40% del dinero desperdiciado

Diversos expertos señalan que los sistemas sanitarios gastan casi la mitad de sus presupuestos en intervenciones que tienen poco sentido.



Innovación asistencial | P44

La industria del sueño facturará 30.000 millones en cuatro años

Alrededor del insomnio ha surgido, la "sleeptech" un mercado al que cada vez se unen más empresas.



Entrevista | P28

Gregory M. Glenn

El presidente de Investigación y Desarrollo de Novavax presenta nuevos datos sobre la vacuna Covid-19 desarrollada por su compañía y explica la conexión entre las nuevas variantes de la gripe y del Covid-19.

Actualidad sanitaria | P16

El 19% de los antibióticos prescritos son innecesarios

Los sanitarios utilizan los antimicrobianos en los hospitales como primera herramienta para tratar a los pacientes debido a la falta de recursos, la presión asistencial y social.



Pacientes | P40

Más de 1.000 centros sin autorizar de estética operan en España

Infecciones e inflamación de los tejidos son las reacciones más comunes que ocurren en estos centros sin certificación.

Terapéutica | P24

Células madre: de la "burbuja" a la realidad inmediata en cardiología

La segunda y tercera generación de investigación con células madre ofrecen soluciones terapéuticas para reparar el tejido del corazón tras la decepción del año 2018.

Edita: Editorial Ecoprensa S.A.

Presidente Editor: Gregorio Peña.

Vicepresidente: Clemente González Soler. Director de Comunicación: Juan Carlos Serrano.

Director de elEconomista: Amador G. Ayora

Coordinadora de Revistas Digitales: Virginia Gonzalvo Director de elEconomista Sanidad: Javier Ruiz-Tagle

Diseño: Pedro Vicente y Elena Herrera Fotografía: Pepo García Infografía: Clemente Ortega Tratamiento de imagen: Dani Arroyo Redacción: Belén Diego

JUNTOS para estar mejor MEJOR para estar juntos

Siempre hemos estado muy cerca de ti.
A partir de ahora, vamos a estar juntos.

Porque la salud no está solo dentro de un hospital y aunque estemos para ti las 24 horas del día, nos alegrará saber que las puedes dedicar a lo que tengas planeado.

Creemos en una medicina estando siempre a tu lado.

Y eso es mucho más que estar conectados, eso es estar juntos.



Descubre más



EL ILUMINADO



Jesús Ponce
Presidente de
Farmaindustria

El director general de Novartis en España, Jesús Ponce, ha sido elegido nuevo presidente de la patronal Farmaindustria. Llega al cargo para los dos próximos años en un momento en el que el sector farmacéutico se juega buena parte de su futuro en el medio plazo.

EL APAGÓN



Elia Torroella
Directora de salud humana
de Hipra

La vacuna de Hipra no termina de llegar al mercado. La firma sigue tratando de convencer a los técnicos de la Agencia Europea del Medicamento con la entrega de nueva documentación que les ha sido requerida. Su llegada se retrasará un mes más.

Las matemáticas deben prevalecer para sostener la sanidad

Parece poco razonable que con todo el dinero que cada año se destina a los sistemas sanitarios no haya un control o un algoritmo que mida los resultados obtenidos en función del presupuesto asignado. Pero así es. Los expertos coinciden en una cifra imponente. El 40% de los fondos de los que dispone la sanidad de los distintos países europeos se destina a intervenciones ineficientes. La palabra concreta utilizada habla de desperdicio, nada menos, de los fondos públicos.

Y claro, luego no hay dinero para nada. Una de las batallas más duras y también costosas que tienen por delante los países es la lucha contra el cáncer. La investigación avanza pero los presupuestos nacionales ahogan esa innovación, o al menos la espacian en el tiempo. No es de recibo que no se puedan incorporar nuevos medicamentos contra la patología con más muertes a sus espaldas mientras se tira el 40% de los presupuestos que tienen los sistemas sanitarios. Y quien habla del cáncer habla de cualquier otra patología, como las cardiopatías, que avanzan sin freno en las sociedades más avanzadas, económicamente hablando.

No es de recibo que no se pueda mejorar la atención en el cáncer porque hay un 40% de dinero que se desperdicia

Una de esas bolsas de ineficiencia bien pueden ser el mal uso que se hacen de los antibióticos, que además conlleva un peligrosísimo riesgo contra la salud. El 19% de las prescripciones que se realizan en España no son necesarias, derrochando dinero al tiempo que se favorece a que las bacterias evolucionen para volverse invulnerables a estos antibióticos. Y eso que existe un plan nacional para el uso racional de los antibióticos, aunque viendo estas cifras quizá sea otra bolsa de ineficiencia mientras no se mejore.

Los problemas de los sistemas sanitarios ya son demasiados como para que desde las instituciones se agraven. Urge poner coto contra este desperdicio económico, cuyas cifras, aunque no están calculadas bajo un estudio se aventuran muy elevadas. Mientras que esto no se haga, además de estar quemando dinero, se estará dejando a los ciudadanos sin unas herramientas que existiendo no pueden ser usadas.

Ahora se van a llevar a cabo dos reformas legislativas que atañen directamente a la gestión de la sanidad en España. No se puede pensar que serán soluciones mágicas, pero al menos sí que se les debe exigir que sean la primera presa de un río que se desboca. Si no se consiguiese o, incluso peor, agrandasen el problema, estaríamos ante una nueva oportunidad perdida y en sanidad van muchas. Desde la quimera de un Pacto de Estado que sobrevuela la política desde hace años, hasta regular a base de real decreto para, años después, corregir en sentido contrario con la misma técnica legislativa.

Novartis España



Reimaginando la medicina

Innovación | Transformación digital
Compromiso social | Sostenibilidad | Integridad

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

 **NOVARTIS** | Reimagining Medicine

Un mes en imágenes

elEconomista.es. Fotos: iStock



España lleva a cabo el primer trasplante de intestino en un bebé

El Hospital La Paz ha realizado el primer trasplante de intestino donado en asistolia. La receptora ha sido una niña de trece meses con fracaso intestinal llamada Emma.



Farmaindustria nombra presidente a Jesús Ponce, director general de Novartis

La llegada del nuevo directivo pone fin al mandato que ha mantenido el presidente de Rovi, Juan López Belmonte durante dos años. El mandato en la patronal es giratorio respondiendo a la procedencia de la compañía representada.



AstraZeneca presenta 'La fuerza de la fragilidad'

La compañía lanza la campaña para dar visibilidad al virus respiratorio sincitial (VRS).



La SEEN celebra el 63 Congreso Nacional

Este año, los expertos en endocrinología y bienestar se han reunido en la Palma de Gran Canaria.



El Centro de I + D en Tres Cantos de la farmacéutica GSK celebra su 30 aniversario

La compañía lleva más de tres décadas investigando tratamientos como vacunas o antibióticos para la malaria, tuberculosis y patologías causadas por kineplástidos como la Leishmaniosis, la enfermedad del sueño o el Chagas.



El gobierno aprueba los Presupuestos Generales

La partida que se destina a sanidad cuenta con 5.511 millones, un 1,4% más respecto a 2022.



En ASISA sabemos que debemos ir mucho más allá de cuidar de tu salud. Por eso, te ofrecemos seguros dentales, de vida, accidentes, decesos, viajes y mascotas. Para que así tengas siempre la tranquilidad de tener protegido todo lo que más te importa.

**Salud | Dental | Vida
Accidentes | Decesos
Viajes | Mascotas**



Andrew Jack, Financial Times



Esra Urkmez Uzel, ESGO ENGAGE

Andrew Jack y Esra Urkmez. eE

La sanidad tira un 40% de sus fondos y deja al cáncer sin más presupuesto

Con un 40% del gasto sanitario “desperdiciado” en intervenciones ineficientes, los fondos para poner en marcha el plan para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer en Europa bien podrían ser fondos reasignados de esos bolsillos de ineficiencia, dicen los expertos.

Belén Diego.

Coste del tratamiento del cáncer y esperanza de vida

Características de los países analizados

	MORTALIDAD ESTANDARIZADA POR EDAD POR 100.000 HAB	MORTALIDAD POR 100.00 HAB AJUSTADA SEGÚN TABAQUISMO	COSTE SANITARIO TOTAL PER CÁPITA	PORCENTAJE DEL COSTE SANITARIO DEL CÁNCER	AÑO DE REFERENCIA PARA EL COSTE DEL CÁNCER	COSTE PER CÁPITA DEL CÁNCER	ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS A LOS 60 AÑOS
 Australia	83.3	64.0	5123	5.93	2015	304	25.7
 Austria	95.8	72.1	5231	6.40	2018	335	23.9
 Bélgica	101.3	75.0	4947	6.90	2018	341	24.2
 Canadá	93.5	72.7	5023	5.38	2012	270	25.0
 Dinamarca	113.7	85.7	5995	4.80	2018	288	23.4
 Finlandia	84.3	65.8	4463	4.00	2018	179	24.5
 Francia	107.9	80.8	4488	7.10	2018	319	25.6
 Alemania	102.3	79.9	5437	6.80	2018	370	24.0
 Islandia	84	61.2	5900	3.80	2018	224	24.7
 Irlanda	104.9	80.2	5397	5.00	2018	270	24.6
 Italia	91.1	69.7	2911	6.70	2018	195	25.4
 Japón	81.5	55.8	4427	7.50	2018	332	26.7
 Corea	75.5	50.1	2600	9.60	2018	250	25.1
 Luxemburgo	87.7	63.6	6161	6.90	2018	425	24.4
 Holanda	107.7	85.6	5318	6.90	2018	367	24.3
 Nueva Zelanda	99	78.5	3877	6.00	2014	233	24.9
 Noruega	91.7	66.1	7978	4.20	2018	335	24.5
 España	90.3	62.9	2701	4.90	2018	132	25.6
 Suecia	87.2	69.4	5645	3.70	2018	209	24.7
 Suiza	83.3	57.4	9629	6.00	2018	578	25.7
 Reino Unido	100.5	76.5	4303	5.00	2018	215	24.0
 Estados Unidos	86.3	69.0	10 945	5.33	2015	584	23.6

Fuente: JAMA.

elEconomista

Un gasto más abultado no se traduce necesariamente en mejores resultados a la hora de tratar el cáncer, según un reciente estudio comparativo de 22 países publicado por la revista de la Asociación Médica Americana (JAMA). En esa misma línea se ha pronunciado recientemente Andreas Charalambous, presidente de la Organización Europea de Cáncer (UICC). Durante un debate sobre el futuro de la prevención y el control del cáncer en Europa organizado por el rotativo *Financial Times*, Charalambous ha recordado que el 40% de todo el gasto sanitario "se desperdicia en recursos ineficientes". Por lo tanto, ante la pregunta de cómo dotar de fondos a los países para que pongan en marcha el plan de la Unión Europea contra el cáncer, sugirió que empezara a considerarse la necesidad de reasignar recursos financieros.

Tanto Charalambous como Esra Urkmez, presidenta de la red europea de asociaciones de pacientes

con cáncer ESGO ENGAGE, y el europarlamentario Cristian Busol se muestran de acuerdo en que en la implantación del plan europeo hay dos dificultades clave: la disponibilidad de fondos y las desigualdades territoriales, que se aprecian tanto de un país a otro como dentro de las regiones que forman esos países.

Al abordar la cuestión de los fondos en un contexto de crisis económica, Busol ha abogado por el establecimiento de alianzas con el sector privado, "sobre todo a largo plazo", y expresó su deseo de que las empresas comprendan que los sistemas sanitarios tienen limitaciones presupuestarias.

Andreas Charalambous ha puntualizado que "el coste de la lucha contra el cáncer no es el coste de los medicamentos, existen muchas otras necesidades, como disponer de personal especializado, que no se están cubriendo y que hacen que el sistema se



Andreas Charalambous. eE

presente como insostenible". "Vamos a tener que cambiar nuestra forma de abordar esta cuestión, además de modelos de financiación colaborativos con el sector privado, tenemos que ser eficientes, pensar de una forma creativa no implica necesariamente buscar nuevos modelos, sino tomar la decisión de ser eficientes", ha sentenciado.

En cuanto a las desigualdades, los tres ponentes han admitido que las diferencias entre países en términos de acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer son uno de los grandes retos del nuevo plan de las autoridades de Bruselas. Busol, que es presidente del Comité de Industria, Investigación y Energía, ha argumentado que las políticas sanitarias se implantan en cada estado de forma independiente, "en algunos casos, en cada región autónoma dentro de un mismo estado". También ha declarado que las desigualdades en el acceso a tratamientos contra el cáncer no afectan a

los tratamientos innovadores de forma exclusiva, sino que también hay medicamentos esenciales, aprobados hace tiempo, que no están disponibles para todos los pacientes del Viejo Continente.

La Unión Europea ha creado un registro de desigualdad en la atención al cáncer para que sus próximas políticas estén basadas en datos reales. Desde 2023, todos los miembros deberán publicar informes sobre su progreso en este terreno. Cada dos años, a partir de 2024, se publicará un informe europeo sobre el estado de la cuestión.

El presidente de la UICC ha anunciado que en la próxima cumbre de la organización, que se celebra el 16 de noviembre en Bruselas, se dará a conocer una iniciativa que busca precisamente armonizar las decisiones en materia de cáncer para reducir en la medida de lo posible las actuales disparidades entre lo que se dice en la Unión Europea y lo que se hace "sobre el terreno".

Urkmez ha matizado que la palabra "acceso" no únicamente se refiere a si los tratamientos están disponibles. Considera muy importante la educación de la población en materia de cáncer, tanto por su carácter preventivo como por la capacidad de elec-

Existe desigualdad en el acceso a terapias innovadoras y a algunos tratamientos "esenciales"

ción que supone. "Muchos pacientes no saben a dónde acudir cuando se les diagnostica la enfermedad, y tampoco saben cuáles son sus opciones terapéuticas, la educación en este área es fundamental", ha apuntado.

En el balance de los logros alcanzados hasta el momento y lo que queda por hacer, los participantes en el debate han destacado los progresos en cáncer de mama y han lamentado que no pueda decirse lo mismo de los cánceres "raros". "En realidad el cáncer no es una enfermedad, sino muchas enfermedades diferentes, lo cual explica por qué es difícil hacerle frente, es un complejo conjunto de patologías", ha dicho Charalambous. Por su parte, Urkmez ha matizado que aunque los cánceres "raros" lleven esa etiqueta, son un amplio abanico de enfermedades que afectan a muchas personas.

También en el apartado de avances han destacado las nuevas recomendaciones de la Comisión Europea para que los países que integran la Unión pongan en marcha programas de cribado para la detección precoz del cáncer de pulmón, el de páncreas y el colorrectal, que previamente no se habían incluido en las políticas europeas.



Avanzar en
personalizar
la medicina es
mejorar la salud
de nuestros
pacientes.

Uno a uno.

Nos transformamos para invertir
aún *más* en lo que *más* importa.



más I+D *más* Tú

Sanidad financiará dos tratamientos para el cáncer de mama desde diciembre

Los dos fármacos, desarrollados por las compañías Gilead y por Daiichi y AstraZeneca, se incorporarán a la cartera de tratamientos financiados a partir del mes de diciembre.

Javier Ruiz-Tagle.

El Ministerio de Sanidad ha decidido dar luz verde a dos medicamentos para tratar el cáncer de mama. Tras la reunión celebrada ayer por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM), los fármacos Trodelvy (Gilead) y Enhertu (Daiichi y AstraZeneca) se incorporarán a la cartera de tratamientos financiados por el Estado a partir del mes de diciembre.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres y la principal causa de muerte por cáncer en este grupo. Se estima para 2022 una incidencia de 34.000 nuevos casos y más de 6.600 muertes debidas, principalmente, a la progresión de la enfermedad. "Se estima que alrededor de 2.000 mujeres se beneficiarán cada año de los tratamientos", explican desde el Ministerio de Sanidad.

Trodelvy ya se había presentado al examen de la Comisión Interministerial de precios hace unos meses. En aquella ocasión, el departamento de Carolina Darias decidió declinar la solicitud de financiación al considerar que la compañía comercializadora había pedido un precio por tratamiento muy alto. Ahora, tras una negociación, han llegado a un acuerdo, si bien el precio final aún no ha sido desvelado.

Este medicamento contiene como principio activo sacituzumab govitecan y está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama triple negativo irreseccable o metastásico que hayan recibido dos o más tratamientos sistémicos previos, incluido al menos uno de ellos para la enfermedad avanzada.

Por su parte, el fármaco desarrollado por la japonesa Daichii y la británica AstraZeneca contiene como principio activo trastuzumab deruxtecan y está indicado para el cáncer de mama HER2- positivo no reseccable o metastásico que han recibido una o más pautas previas dirigidas a HER2.

Se calcula que una de cada ocho mujeres va a desarrollar a lo largo de su vida cáncer de mama. En los últimos años la mortalidad asociada a este tipo de cáncer ha descendido gracias a los programas de cribado y a la mejora de los tratamientos, pero



Carolina Darias, ministra de Sanidad. EP

sigue siendo la primera causa de muerte entre las mujeres españolas.

En la actualidad la tasa de supervivencia se sitúa en el 90% si se consigue un diagnóstico precoz de la enfermedad. La enfermedad impacta gravemente

Sanidad estima que de los tratamientos se beneficiarán 2.000 mujeres cada año

sobre la salud de quienes la padecen, pero también causa graves consecuencias en la esfera laboral y económica, así como en el ámbito social. Muchas mujeres se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad económica por padecer este tipo de cáncer al no encontrar apoyo en la esfera laboral.



XXIII

*Premio
Fundación
Cofares
2022*



*Comprueba aquí
las bases legales*

 *Fundación*
COFARES

**Sergio Bullón**

Director general Alnylam Pharmaceuticals España

Un nuevo camino para universalizar la innovación terapéutica

Estamos viviendo una edad de oro de la innovación en medicina, tanto para las enfermedades raras como para las más prevalentes que suponen un reto para el Sistema Nacional de Salud. Las nuevas tecnologías que desarrollan las empresas del sector biotecnológico ofrecen esperanza para enfermedades que hasta hace muy poco no tenían tratamiento.

Docenas de nuevas terapias obtienen la aprobación cada año gracias a una fuerte inversión en investigación. Este significativo avance se ve obstaculizado para el acceso de los pacientes debido a que las autoridades sanitarias y la industria farmacéutica no siempre caminan al mismo ritmo a pesar de que compartan un mismo objetivo final: mejorar la vida de los pacientes tratando o previniendo enfermedades, de una manera sostenible que beneficie al mayor número de pacientes posibles.

Sin embargo, dado que llegamos a este objetivo desde lugares diferentes, es inevitable que nuestros enfoques difieran y, a menudo, el acceso de los pacientes a los últimos tratamientos se ve limitado o retrasado. Es evidente que estas terapias de vanguardia tienen un impacto presupuestario significativo y eso hace que las autoridades sanitarias se preocupen tanto por la sostenibilidad del sistema, lo que a su vez hace que conseguir la financiación pública sea una batalla ardua. No es un debate nuevo, pero es un hecho que ha cobrado importancia con la llegada de terapias innovadoras.

La consecuencia es que se ha dado el caso de medicamentos innovadores que no han llegado a los pacientes en algunas partes de Europa, lo que ha provocado el fracaso comercial de algunas empresas de biotecnología y la pérdida de prometedores proyectos de terapias en el proceso. En otros casos, estos vientos en contra hacen que muchas empresas se centren en otros mercados, lo que significa que los pacientes de España no se benefician de los tratamientos que sí reciben sus homólogos de otras partes del mundo.





eE



La innovación farmacológica de hoy nos ayuda a repensar cómo puede ser la asistencia sanitaria de mañana

La innovación farmacológica de hoy nos ayuda a repensar cómo puede ser la asistencia sanitaria de mañana. Esta nueva realidad en la que vivimos ha sido posible gracias a empresas como Alnylam Pharmaceuticals, que ha sido pionera en una clase totalmente nueva de medicamentos llamados terapias de ARNi, que desactivan o "silencian" la expresión de proteínas que causan enfermedades.

Reconociendo tanto la necesidad de replantear la metodología de negociación para todas las partes, como el beneficio potencial de los pacientes en Europa a través de la búsqueda de un punto de encuentro, Alnylam Pharmaceuticals trabajó con los principales economistas europeos y otros expertos en salud para desarrollar lo que llamamos el Marco de Negociación Basado en el Valor (VBNF, por sus siglas en inglés).

El VBNF es tanto una metodología como una herramienta que facilita alcanzar acuerdos MEA (un mecanismo que permite el acceso a tratamientos que no serían reembolsados por los métodos convencionales de las autoridades sanitarias, pero que actualmente carecen de procesos estructurados de evaluación y negociación).

El objetivo de esta nueva metodología de negociación no es sólo facilitar el acceso a los productos de Alnylam, sino que queremos ayudar a cambiar la mentalidad con la que se evalúan los tratamientos innovadores y resolver los problemas que afectan al acceso de los pacientes en general. El VBNF es un primer paso hacia un proceso transparente, científico y colaborativo para facilitar negociaciones constructivas y oportunas entre las autoridades sanitarias nacionales y las empresas innovadoras.

Hemos visto recientemente que es posible que la colaboración público-privada facilite el acceso a terapias muy necesarias: la pandemia del Covid-19 obligó a una colaboración rápida y creativa entre reguladores, empresas innovadoras, investigadores y autoridades sanitarias para desarrollar vacunas y garantizar un acceso amplio y sostenible a las mismas. Necesitamos más colaboraciones público-privadas de esta naturaleza, y el VBFN es un paso de gigante en esa dirección.

El 19% de los antibióticos prescritos son innecesarios

Los sanitarios utilizan los antimicrobianos en los hospitales como primera herramienta para tratar a los pacientes debido a la falta de recursos, la presión asistencial y social

Rocío Antolín. Fotos: iStock

El uso inadecuado de antimicrobianos en el ámbito hospitalario es un hecho que amenaza a la salud pública. El 19% de los antibióticos que se prescriben no son necesarios, según el estudio *Pausate: Prevalencia y adecuación del uso hospitalario de antimicrobianos en España*, realizado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. En estos casos, su utilización no garantiza la curación del enfermo o le supone un perjuicio inasumible para su bienestar. Ante esta situación, los expertos piden medidas para optimizar el uso de este tipo de tratamientos.

Un antimicrobiano se define como el medicamento que combate infecciones causadas por bacterias en los seres humanos ya sea eliminándolas o dificultando su crecimiento y multiplicación. El primer antibiótico, la penicilina, fue descubierto en 1928 por Alexander Fleming. Su uso a partir de la década de los 40 revolucionó la atención médica y redujo de manera drástica la mortalidad causada por infecciones.

Muchos antibióticos se recetan de forma innecesaria y se usan incorrectamente lo cual coacciona la utilidad de los fármacos y contribuye a la resistencia antimicrobiana, una de las amenazas más urgentes para la salud pública. Su mal uso hace que los microorganismos creen mecanismos para sobrevivir frente a los antibióticos. "Cuanto más utilizamos los antibióticos y si los usamos de manera inadecuada estamos favoreciendo que los microorganismos desarrollen mecanismos de resistencia que hace que cuando se vuelva a utilizar el antibiótico este no funcione", recalca la farmacéutica hos-

pitalaria y miembro del grupo de Afinf de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Aurora Fernández.

Además de ser inadecuada la prescripción de antimicrobianos en el 19% de los casos, también es mejorable en el 45% de las veces, según el estudio. "Si un paciente tiene una infección respiratoria y el profesional dice: bueno no tengo el diagnóstico todavía, sé que tiene un cuadro de infección respiratoria, pero no sé si es por virus o por bacteria, por si acaso le digo que haga 10 días de antibiótico", cuenta Aurora Fernández. "Si este paciente tiene una infección vírica, el antibiótico no le es necesario ya que se va a curar igual con antibiótico que sin él, pero para lo que va a servir es para crear resistencia antibiótica", explica. Los antimicrobianos hay que utilizarlos realmente cuando hay una sospecha clara o un diagnóstico franco de infección bacteriana.

A diferencia de otros fármacos, los antimicrobianos los puede prescribir cualquier médico, sea experto en infecciosos o no. Los profesionales sanitarios los utilizan como primera herramienta para tratar a pacientes en situaciones "dónde no tienen recursos". "Un médico en urgencias con una saturación de pacientes que tiene mucha presión asistencial no tiene el tiempo suficiente para hacer un diagnóstico claro y su primera línea de actuación es un antibiótico", recalca la farmacéutica hospitalaria. Esta no es la única razón del uso indebido de los antimicrobianos ya que en pediatría los padres de los hijos muchas veces "ejercen presión sobre el pediatra para que le manden un antibiótico a su descendiente", añade Fernández.

Por otro lado, al prescribir un antimicrobiano de uso hospitalario, la elección del agente es inadecuado, es decir, ineficiente en el 3% de los casos, según datos del Es-





Firma

tudio Pausate. También en el 23% de los casos la elección del agente no presenta una adherencia a los protocolos o guías de referencia y son alternativas terapéuticas igual de eficaces, pero menos seguras, ecológicas o baratas. Por otro lado, el registro en la historia clínica resulta ineficiente en el 34% de las prescripciones. "Hacer explícito un plan antibiótico en la historia clínica contribuye a que el médico reflexione las decisiones tomadas y además facilita la revisión del tratamiento antibiótico.", indica el informe.

El catálogo de antimicrobianos cuenta con más de 15 grupos distintos que se diferencian por su estructura química y por las infecciones y bacterias sobre las que actúan. Tal y como señala el estudio, entre los más recetados se encuentra la conocida amoxicilina (7,2%), la ceftriaxona (6,4%), la Piperacilina-tazobactam (5,8%), Meropenem (4%), levofloxacino (3,3%), cefazolina (3%), Ciprofloxacino (2,4%), Cotrimoxazol (2,4%), Linezolid (2,1%), Vancomicina (1,8%), Fluconazol (1,7%), Metronidazol (1,3%), Aciclovir (1,3%), Daptomicina (1,1%) y la Azitromicina (1%).

La infección urinaria junto a la respiratoria son las patologías en las que más se realiza un uso inadecuado de antimicrobianos para tratarlas. Además, hay estudios publicados en los que la profilaxis antibiótica quirúrgica "es un área donde se utilizan muchos antibióticos para prevenir la infección en la cirugía", indica Aurora.

En cuanto al rango de edad en el que más antibióticos se recetan, los ancianos es el grupo poblacional que más antibióticos toma y los pacientes más ingresados. No obstante, pediatría es un área en la que también se prescriben muchos antimicrobianos a pesar de los esfuerzos por parte de las autoridades sanitarias.

En cuanto a la duración del tratamiento, es decir, el tiempo que el paciente tiene que estar tomando el antimicrobiano, el 19% de las veces resulta excesivo mientras que el 2% es corto. De igual importancia es la monitorización de que el antimicrobiano está funcionando como debe ser. Esta es inadecuada en el 4% de los casos, según datos del estudio.

En las infecciones urinarias y respiratorias se realiza un mayor uso inadecuado de antibióticos

La mala utilización de un antimicrobiano tiene un coste económico para el sistema de salud. "Si tratas una gripe con un antibiótico el dinero que cuesta este lo estás mal utilizando porque no lo necesitas para una infección vírica", indica la farmacéutica hospitalaria. También puede empeorar el estado del paciente produciéndose complicaciones que tienen un coste para el sistema, además de la resistencia antimicrobiana. Para combatirla habrá que

utilizar unos fármacos de segunda o tercera línea que son más tóxicos y caros. Además, la cifra de la asistencia derivada de esta resistencia está en más de 1.500 millones de euros.

Resistencia antimicrobiana

El incremento de las resistencias bacterianas a los antimicrobianos se ha convertido en un problema de salud mundial. La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha alertado de que en 2050 morirá más gente a causa de las resistencias bacterianas que por cáncer. Solo en Europa mueren alrededor de 330.000 personas a causa de bacterias resistentes.

Día tras día aparecen y se propagan nuevos mecanismos de resistencia que ponen en peligro la capacidad de tratar enfermedades infecciosas como la neumonía, septicemia o enfermedades de transmisión alimentaria, entre otras, ya que los antibióticos van perdiendo eficacia, según la OMS. Cuando ya no se pueden tratar las infecciones con los antibióticos de primera línea es necesario emplear fármacos más caros. La mayor duración de la enfermedad y del tratamiento en el medio hospitalario, incrementa los costos de la atención sanitaria y la carga económica para las familias y la sociedad.

Los ancianos junto con los niños son los grupos poblacionales que más antimicrobianos toman

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) es una amenaza para la salud que compromete muchos avances médicos que dependen de los antibióticos, por ejemplo, la cirugía, la quimioterapia o el tratamiento de enfermedades crónicas. "Hoy solo existe un camino para combatirlo que es el desarrollo de nuevos antibióticos eficaces y el uso responsable de ellos", afirma Farmaindustria. El desarrollo de nuevos antimicrobianos puede oscilar entre los 10 y 20,5 años. Actualmente 90 antimicrobianos están en desarrollo y están dirigidos a combatir 17 patógenos.

Para hacer frente a la prescripción inadecuada de los antimicrobianos, los expertos indican que es necesario un acceso universal a los test de diagnóstico más rápido. "Los test acortan el tiempo para confirmar si el paciente tiene una infección por un virus o por una bacteria", recalca Aurora Fernández. También es necesario implantar los Programas de Optimización de Uso de Antimicrobianos que se están implantando de manera progresiva en los hospitales con el objetivo de medir y mejorar el uso apropiado de los agentes antimicrobianos para garantizar una terapia costo-efectiva. "Necesitamos recursos estructurales y humanos", indica Fernández.





Tenemos nueva web

Descubre farmaceuticos.com

Entra en tu casa
Nuestra casa

Con contenidos para todos:

Tu Farmacéutico informa



BOTPLUS

Información independiente
y rigurosa sobre los
medicamentos



VIDEOCONSEJOS

Explicaciones ágiles sobre
temas sanitarios



COVID-19

Información veraz y rigurosa
sobre la enfermedad



NOTICIAS DE SALUD

Las últimas novedades del
Consejo General de Colegios
Farmacéuticos



CAMPAÑAS DE SALUD PÚBLICA

Campañas de salud
pública. Conoce los temas
en profundidad



ESCUELA CON PACIENTES

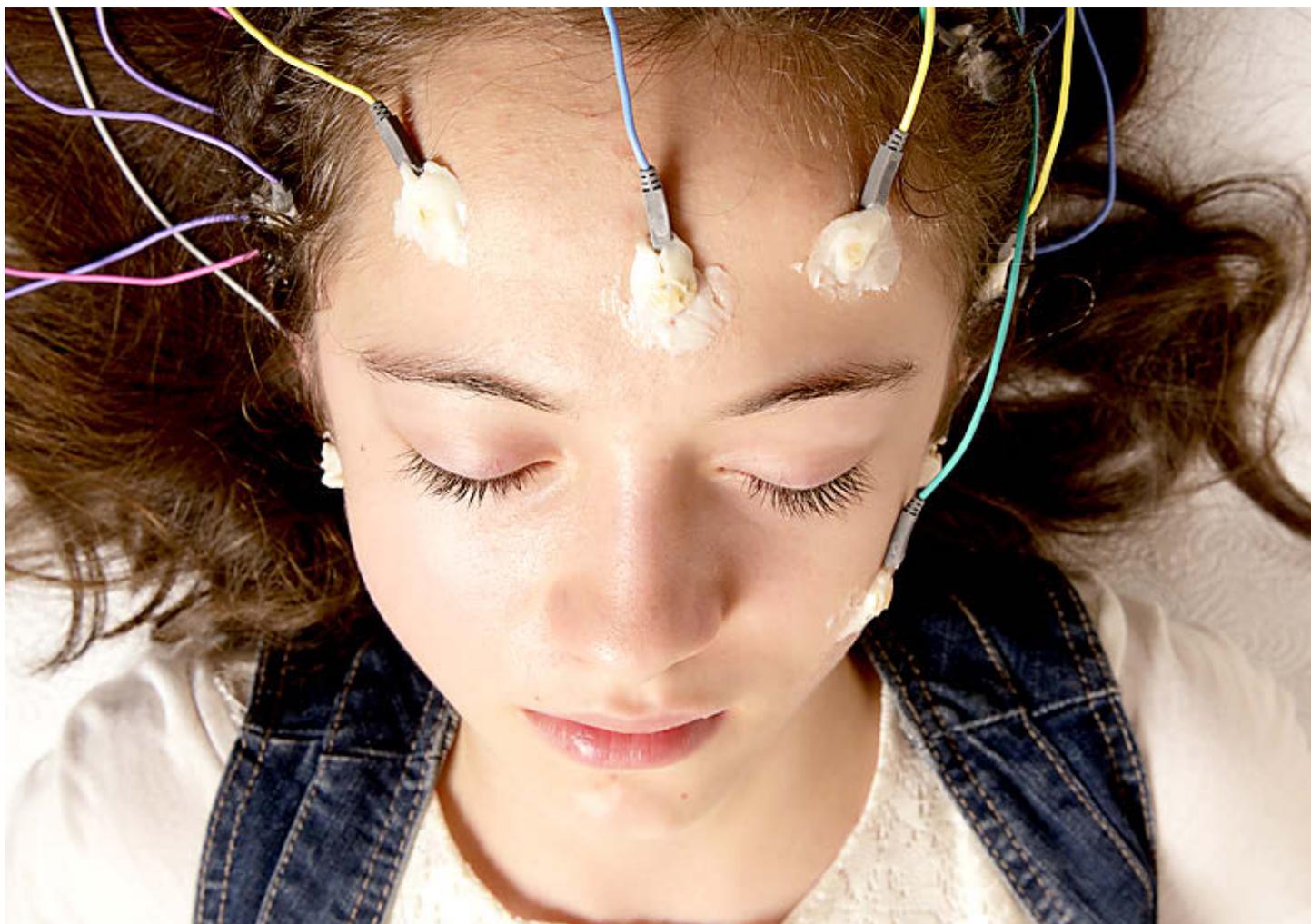
Contribuye al crecimiento
de la figura del paciente
activo, empoderado
y corresponsable

Y mucho más...



Farmacéuticos
Consejo General de Colegios Farmacéuticos





Prueba de diagnóstico con electrodos. iStock

Más de 130.000 epilépticos carecen de solución con las terapias actuales

El congreso de la Sociedad española de Epilepsia ha servido para presentar avances en el tratamiento de las epilepsias farmacorresistentes, que no remiten con los tratamientos convencionales. Las opciones del futuro están en la terapia génica, las nuevas técnicas quirúrgicas y los fármacos de nuevo cuño.

Belén Diego.

En el marco del VIII Congreso de la Sociedad Española de Epilepsia, celebrado en Santander, los expertos han recordado que un tercio de los pacientes con esta condición no responden a los tratamientos disponibles. Para ellos se han presentado diversas opciones de la mano de la investigación más puntera que busca mejorar su calidad de vida. En España hay 400.000 personas con epilepsia, según la organización.

Vicente Villanueva, neurólogo del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia), ha destacado -no necesariamente por orden de importancia- la terapia génica, los tratamientos quirúrgicos y los nuevos medicamentos para el control de esas epilepsias "farmacorresistentes" (difíciles de controlar).

Las terapias génicas dan sus primeros pasos en este escenario clínico con algunos estudios en fa-

se preclínica -antes de ser probados en pacientes- que dan fe de la dificultad de aplicarlas por su exigencia de alta tecnología. En cualquier caso, su aplicación sería relevante solamente para grupos reducidos de pacientes y aún queda mucho por avanzar en este campo.

Esta misma semana, en el congreso de la Asociación Americana de Neurología (ANA, por sus siglas en inglés) se han presentado los resultados, adversos, de un estudio de este tipo de terapia. El investigador del equipo que ha desarrollado el tratamiento, Timothy Yu, del Hospital Pediátrico de Boston (EEUU), reconocía en declaraciones al *New York Times* que los resultados son un obstáculo, pero que los fármacos tradicionales no están ayudando a miles de personas con epilepsia rara, difícil de tratar y que progresa rápidamente. "Los tratamientos genéticos personalizados son su única esperanza", ha sentenciado Yu.

Dentro de los abordajes quirúrgicos innovadores, Vicente Villanueva ha destacado la cirugía con electrodos profundos (estéreo-EEG o estereo electroencefalograma) para guiar con mayor precisión y evitar daños en los tejidos sanos, localizando mejor el área del cerebro en el cual se originan las crisis epilépticas. Ya en uso en algunos centros, la evidencia sobre este tipo de operaciones se va acumulando con series de práctica clínica y, de nuevo, se consolidan como una buena opción para grupos específicos de pacientes.

En el encuentro científico también se han presentado datos de nuevos medicamentos, tanto resultados de ensayos clínicos como información obtenida en la práctica clínica. "La epilepsia es una enfermedad crónica, todo lo que se pueda mejorar en los tratamientos puede tener un impacto importante en la calidad de vida, pero con frecuencia los avances

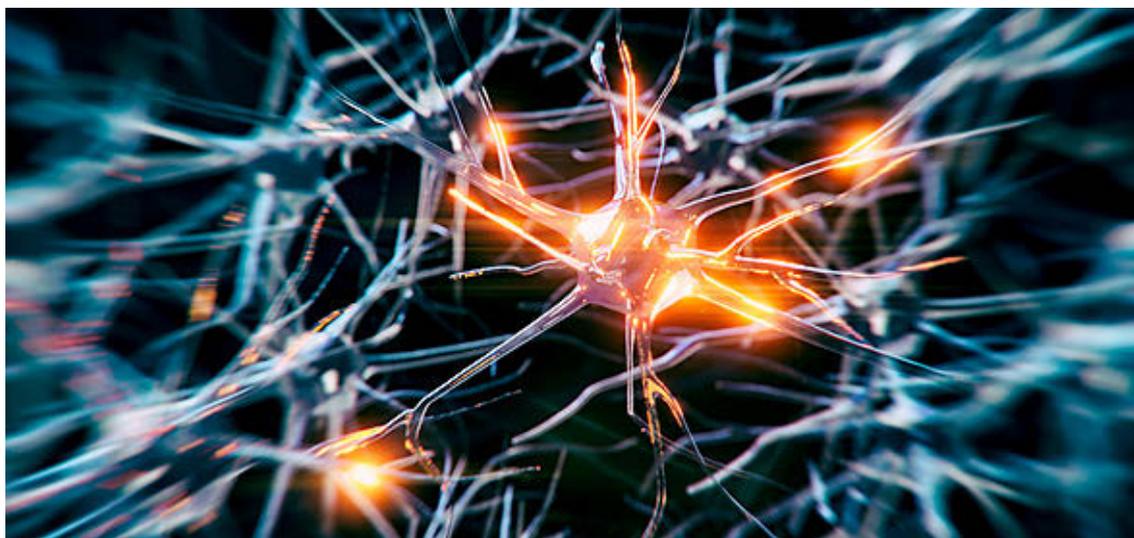
se producen en terapias dirigidas a esa tercera parte de pacientes que no responden", explica el especialista. En Santander se han presentado datos sobre cannabidiol y cenobamato, entre otros.

Cenobamato ha sido incluido recientemente en el sistema nacional de salud. Dependiendo de su presentación, tendrá un precio entre los 87,42 y los 164,23 euros, como informaba en su momento *elEconomista.es*. El equipo de Villanueva está llevando a cabo un estudio de este fármaco con una serie de pacientes tratados en la práctica clínica, cuyos resultados son coherentes con la información que se ha recopilado en los ensayos clínicos. Cenobamato puede prevenir el inicio de las crisis epilépticas y limitar su propagación y tiene una elevada eficacia en pacientes farmacorresistentes. Cerca del 30% de ellos puede librarse de las crisis y muchos quedan cerca de su control total.

La epilepsia es un trastorno del sistema nervioso central que consiste en la alteración de la actividad cerebral normal. Los pacientes con epilepsia pueden experimentar convulsiones, periodos en los que la conducta se ve alterada, sensaciones inusuales

En un tercio de los pacientes no se logran controlar las crisis con las terapias convencionales

y, en algunas ocasiones, pérdida del conocimiento. Algunas personas tienen crisis leves en las que permanecen con la vista fija en un punto durante varios segundos, mientras que otros sufren episodios intensos y prolongados que pueden dañar el cerebro. Una única crisis aislada no significa que la persona padezca esta enfermedad. Se considera que



Neurona. iStock

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA en España

Los medicamentos son salud. Curan, controlan la enfermedad o alargan la vida y mejoran su calidad. Detrás de ello están los profesionales de un gran sector industrial, potente dinamizador de la economía y fuente de empleo cualificado, que está, por encima de todo, comprometido con la salud de las personas, la innovación y el sistema sanitario.

QUIÉNES SOMOS

200 COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS EN ESPAÑA (nacionales y multinacionales)

44.000 TRABAJADORES
170.000 empleos indirectos/inducidos

→ **6.000** se dedican a I+D

EMPLEO INDEFINIDO



UNIVERSITARIOS



- Industria farmacéutica
- Media de la economía española

53% son mujeres, el doble de la media de la industria

37% de las nuevas contrataciones son de profesionales menores de 29 años

COMPROMISO SOCIAL

Control deontológico y transparencia

El sector cuenta con un **Sistema de Autorregulación** que se sustenta en el **Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica**. La **Unidad de Supervisión Deontológica (USD)** vela por su cumplimiento

La **transparencia** es uno de los principios fundamentales del Sistema de Autorregulación, que se materializa en hacer públicas:

- Colaboraciones con organizaciones y profesionales sanitarios y organizaciones de pacientes
- Mediaciones y resoluciones del Sistema de Autorregulación
- Evaluaciones de las reuniones científico-profesionales organizadas por terceros

Sostenibilidad ambiental

A través de la entidad **Signe**, el sector impulsa un sistema de gestión que trata los residuos de medicamentos para minimizar su impacto ambiental y promueve medidas preventivas orientadas al **ecodiseño** y la **economía circular**:

- En 2021 se recicló el 68% de los materiales de envases recuperados en los 22.000 Puntos Signe
- Las medidas de prevención han hecho que ya uno de cada tres envases de fármacos sea más ecológico, y en general son un 25% más ligeros

MOTOR ECONÓMICO

PRODUCIMOS

15.832 millones de euros (Datos: INE 2019)

24%*

EXPORTAMOS

17.076 millones de euros

5.4% de todas las exportaciones españolas

20,4%*

* de toda la alta tecnología

LÍDERES EN INVESTIGACIÓN

A LA CABEZA DE LA INVERSIÓN EN I+D INDUSTRIAL

1.160 Millones de euros en 2020



19,6% de toda la industria

45,5% de la inversión en I+D es en colaboración con centros de investigación y hospitales públicos y privados

APUESTA POR LA INVESTIGACIÓN DE EXCELENCIA

PRECLÍNICA

Programa Farma-Biotech (coordina laboratorios, pymes y equipos de investigación)

CLÍNICA

El Proyecto BEST (con 61 laboratorios, 13 CCAA y 6 grupos de investigación clínica independiente) ha promovido en una década:

646 PROYECTOS ANALIZADOS

4.162 ENSAYOS CLÍNICOS con **170.000** pacientes

Las células madre evolucionan de “burbuja” a realidad en cardiología

La segunda y tercera generación de investigación con células madre ofrecen soluciones terapéuticas para reparar el tejido del corazón tras la decepción inicial por “líneas de investigación preclínica insuficiente e inexacta” que acabó saltando por los aires a la altura del año 2018.

Belén Diego.

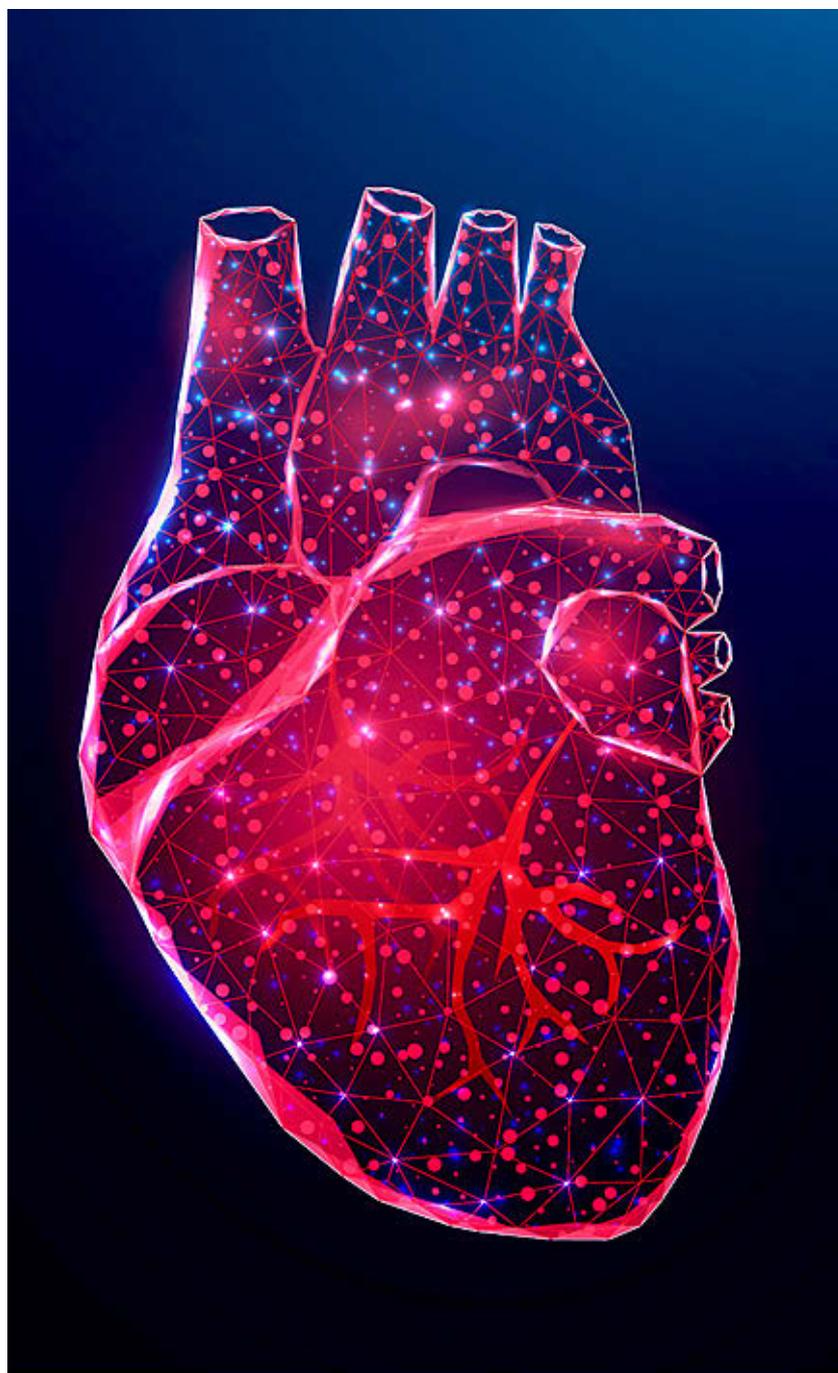


Imagen digital del corazón. iStock

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha celebrado recientemente su encuentro anual en Palma de Mallorca. En la sesión *Desafíos en la investigación biomédica: ¿se han satisfecho las expectativas?* los expertos han hecho balance de la investigación con células madre para constatar que la decepción que produjeron los primeros pasos ha sido sustituida por promesas terapéuticas sólidas con las nuevas generaciones de estudios y técnicas en este campo. Antonio Bayés-Genís, del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, lo ha descrito así: “Son ya 20 años de investigación con células madre. La euforia inicial, que bien podría llamarse *burbuja* hizo que proliferaran ensayos clínicos basados en ciencia básica insuficiente e inexacta. Todo saltó por los aires en 2018 cuando se descubrió que 30 de los principales artículos del cardiólogo Piero Anversa habían sido falsificados. Ese primer capítulo de la investigación con células madre se cerró y ahora estamos con estudios de segunda y tercera generación en el manejo de la terapia celular”. Piero Anversa, de la Universidad de Harvard, había sido el autor de una serie de trabajos que inauguraron el campo de tratamientos con células madre en la especialidad de cardiología.

En la segunda generación se está estudiando el potencial de las células pluripotenciales (que pueden formar tejidos diversos, incluido el del corazón) e ingeniería de tejidos en el área de cardiología. El equipo de Bayés-Genís ha llevado a cabo un ensayo con pacientes (en fase I). En él combinan tejidos obtenidos de donantes cadáver y células madre mesenquimales obtenidas de cordón umbilical. El especialista aprecia el carácter “poético” de emplear células de personas fallecidas y de recién nacidos para crear una estructura mixta que regenera el corazón dañado. Más que de “regenerar”, una palabra que él cree que no debería emplearse en este contexto, se inclina por describir el proceso como una “reparación”. Está convencido de que la ingeniería de tejidos va a permitir reparar las escaras necróticas, las partes del músculo cardíaco que quedan dañadas. “Cada vez estamos más cerca de poder arrastrar y eliminar la fibrosis, de modo que en ese corazón rígido y con fibrosis intersticial sea posible reducir la inflamación a su mínima expresión”.



Rafael Vidal Pérez, de CardioTV, Enrique Lara y Antonio Bayés-Genís. eE

Como próximos pasos en esta línea apunta a los abordajes percutáneos (sin cirugía). "Puesto que sabemos que la tecnología en cardiología avanza a pasos agigantados, no tenemos duda de que cuando encontremos el método de reparación que demuestre fiabilidad y eficacia terapéutica, el modo de acceso será la menor dificultad", ha dicho.

Además, ha destacado que las terapias cardiacas con ARN y exosomas (microvesículas en la parte exterior de las células) están abriéndose paso, en cierta medida gracias a la experiencia que se ha ob-

Las vacunas ARN de covid han ofrecido una experiencia que puede impulsar este campo

tenido con las vacunas ARN de covid. Este tipo de abordaje permitiría hacer ingeniería de tejidos sin emplear las células enteras, sino únicamente partes de las mismas.

En la misma sesión, Enrique Lara, del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), ha puesto en valor el empleo de *machine learning* en la especialidad. El concepto de *machine learning* hace referencia a un subtipo de inteligencia artificial que permite estratificar a los pacientes, agruparlos en función de las características que sean

relevantes para un estudio o una estrategia terapéutica y predecir cuáles van a responder a un medicamento específico.

"Es un campo de una utilidad extraordinaria, hay muchísimos datos que están en los ordenadores de los sistemas públicos -algunos en los sótanos- y la capacidad actual de análisis de los dispositivos ya ha hecho de esto una realidad. Numerosos estudios de los que se están publicando ya muestran que es posible aplicar estos algoritmos, que en el fondo no son más que estadística avanzada, para predecir respuestas a fármacos, definir pacientes que van a responder, mejorar pronósticos, etc.", ha afirmado.

Su equipo del CNIC ha probado esta estrategia en el estudio PESA (progresión de la aterosclerosis subclínica precoz, por sus siglas en inglés). Los investigadores observaron que los métodos de análisis convencionales no eran capaces de identificar con precisión los pacientes en situación de riesgo y que, por el contrario, asignaban riesgo elevado a pacientes en los que no se daba la progresión de la enfermedad.

Por eso, recurrieron a la técnica de *machine learning* para evaluar el riesgo de esos pacientes con enfermedad subclínica -sin síntomas-.

Con esta estrategia han diseñado un algoritmo que puede determinar con precisión el grado de riesgo de los sujetos incluidos en el estudio.

Contratos precarios para los jóvenes cardiólogos

El congreso anual de los cardiólogos españoles ha servido para presentar los datos de un sondeo sobre la situación laboral de los jóvenes cardiólogos en el país. Este trabajo indica que el 67% de los jóvenes cardiólogos españoles continúan su formación tras la residencia. De estos, un 14% lo hace sin cobrar, un 9% cobrando menos que el Salario Mínimo Interprofesional (SMI), un 27% percibiendo entre 12.000-18.000 euros brutos al año y el 64% tiene que recurrir a una segunda actividad remunerada. Al salir al mercado laboral, el 80% encuentra trabajo, pero en su mayoría se trata de contratos eventuales o becas. Los encuestados tienen una media de edad de 36 años y, de ellos, el 12% sigue becado, un 35,8% firma contratos eventuales sine die (lo que se encuentra fuera de la legalidad), un 5,2% hace sustituciones y un 32,2% es interino. El 43% ejerce su profesión en un lugar distinto al de su formación. El 67% trabaja únicamente en la sanidad pública, el 4% exclusivamente en la privada y el 29% en ambas. El presidente de la SEC, Julián Pérez-Villacastín, ha manifestado que "las autoridades sanitarias deben contemplar una mayor flexibilidad para implementar cambios organizativos que permitan solucionar los problemas de la cardiología actual".



José Martínez Olmos
Exsecretario General de Sanidad y senior advisor en LLYC

Retos y oportunidades en sanidad

El sistema sanitario en España es hoy fruto de un enorme esfuerzo colectivo con el Derecho constitucional a la protección de la salud y con la Ley General de Sanidad en 1986 que puso en pie el Sistema Nacional de Salud (SNS) universal y descentralizado.

Hoy, con una inversión de alrededor de 73.000 millones de euros (un 6,5% del PIB) y una muy amplia cartera de servicios, es un sistema que ha sido capaz de contribuir de manera muy satisfactoria a disponer de indicadores de salud que resisten comparación con los de los mejores sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno y ha sido un motor efectivo en la disminución de las desigualdades en salud que nos caracterizaban en los años en los que fue creado. Por su parte, la sanidad privada con más de 33.000 millones de euros, un 2,7% del PIB, desarrolla su labor asistencial para alrededor de 11,5 millones de asegurados.

La sanidad es un ámbito de actuación en el que tiene cabida de una manera muy relevante la innovación. El avance científico continuo de la biomedicina explica las mejoras en la lucha frente a la enfermedad y sus consecuencias con nuevos avances en prevención de enfermedades y en el tratamiento más efectivo de las mismas que (a veces) consiguen la curación definitiva. También, los diagnósticos son más precisos y precoces por la disponibilidad de técnicas diagnósticas que ponen a nuestra disposición empresas punteras de tecnologías sanitarias.

La innovación farmacológica y de tecnologías sanitarias es una característica del sector salud y encuentra en el sistema sanitario un campo propicio para el desarrollo de ensayos clínicos y otros procesos de investigación que requieren inversión de importantes recursos financieros que propician la disponibilidad de nuevas patentes. Tanto por iniciativa propia como la colaboración entre los sistemas públicos y las empresas privadas, sanidad es un ámbito con un gran potencial de desarrollo económico y de innovación.

Las dificultades en su funcionamiento por los recortes presupuestarios aplicados desde 2012 no se pudieron reponer a tiempo cuando, en 2020, la pandemia



Covid-19 golpeó con dureza al sistema sanitario generando mayores listas de espera quirúrgicas y más retrasos en el diagnóstico y seguimiento de patologías, al haber tenido que priorizar la atención a la pandemia.

A estos desafíos organizativos hay que unir los actuales niveles de cronicidad que caracterizan las necesidades que tiene que afrontar y que serán mucho mayores en los próximos años, como consecuencia de la evolución demográfica que apunta a un crecimiento importante del envejecimiento de la sociedad. Algo que afectará al conjunto del sistema de bienestar tanto en su funcionamiento, como en su alcance y su sostenibilidad.

Una de las derivadas de esta situación es el incremento de necesidades ligadas a las situaciones de dependencia que interpelan a la obligación de redefinir y potenciar la atención primaria; de hecho, el espacio sociosanitario aparece como un ámbito de enorme potencial para el desarrollo de iniciativas que mejoren las respuestas a los problemas de un sector social (los mayores y las personas en situación de dependencia) cada vez más numeroso.

En este contexto, la digitalización aparece como un desafío y como una oportunidad porque puede ofrecer opciones válidas para una mejor accesibilidad con los pacientes, una mayor efectividad de la práctica clínica al aplicar los procesos de inteligencia artificial en las decisiones o el análisis de grandes volúmenes de datos para la evaluación de los resultados de las técnicas y tratamientos aplicados en vida real o (también) al hacer más eficiente la organización potenciando la telemedicina y las sesiones clínicas virtuales.



La modernización del sector salud tiene un enorme potencial entre el sistema sanitario y el mundo de la empresa

Todo ello abre opciones de colaboración entre el sector público y todas aquellas empresas con capacidad de desarrollo y aplicación de estas tecnologías. Aquí, los fondos Next Generation encuentran un espacio para la inversión productiva que comienza a hacerse visible paulatinamente en las convocatorias en marcha, así como las que en el futuro inmediato seguirán articulándose.

Y es que la modernización del sector salud tiene un enorme potencial si se acierta en el desarrollo de un espacio de colaboración efectiva entre el sistema sanitario y el mundo de la empresa.

La sanidad es, sin duda, uno de los bienes valorados como esenciales para la inmensa mayoría de la sociedad; disponer de un buen sistema sanitario ofrece un colchón de protección de la salud que tiene una enorme importancia en el desarrollo de las políticas públicas. Las necesidades de reforma y transformación que tiene la sanidad abren oportunidades de inversión imprescindibles para modernizar este importante sector, tanto en el sector público, como en el sector privado (con un crecimiento relevante en los últimos años).

Pero en sanidad, tanto la digitalización como la inteligencia artificial, comienzan a tener también su aplicación en los procesos diagnósticos y terapéuticos y son cada vez más numerosos los procedimientos que se van incorporando en el marco de las buenas prácticas que permiten avanzar en la medicina de precisión, personalizada e incluso predictiva. Incluso el metaverso se está incorporando a los servicios clínicos y asistenciales con un impacto de potencial creciente.

Todos estos elementos generan la necesidad de articular políticas públicas renovadas para una transformación de la sanidad hacia las necesidades de la población generando contextos más eficientes y más efectivos con una apuesta por la colaboración intensa con el sector empresarial que produce la innovación disruptiva, sea esta específica del ámbito sanitario (medicamentos, tecnologías sanitarias, etc.) o sea innovación general con aplicación en el campo de la sanidad.

GREGORY M. GLENN

Presidente de Investigación y Desarrollo de Novavax



“Debemos mantener la colaboración público-privada para controlar el coronavirus”

Gregory Glenn, presidente de I+D de Novavax, tiene claro que el SARS-CoV-2 va a quedarse entre nosotros, y que la ciencia va a tener que esmerarse para tenerlo bajo control y, en el mejor de los casos, llegar a evitar los contagios, no solo la enfermedad. Para lograrlo, será clave seguir colaborando con las autoridades.

Por Belén Diego. Fotos: eE

El presidente de I+D de Novavax ha visitado Barcelona con motivo de la celebración del Congreso Mundial de Vacunas. Allí ha presentado nuevos datos sobre la vacuna covid que ha desarrollado su compañía, que se utiliza como inmunización de refuerzo. También ha dado a conocer los resultados de ensayos con la vacuna combinada para la gripe y el covid. Además, ha impartido una conferencia sobre el futuro de la vacunación en

humanos y sobre cómo se va a superar la crisis sanitaria mundial que ha supuesto la pandemia.

¿Qué cabe esperar en cuanto a vacunación frente al covid y cómo superar la crisis sanitaria que ha supuesto la pandemia?

El problema es que el virus no va a desaparecer. Va a continuar evolucionando, cambiando, y estar preparados para darle una

respuesta adecuada en circunstancias cambiantes va a seguir siendo un reto.

Desde el punto de vista "técnico", para las compañías farmacéuticas y para las autoridades competentes en materia de salud pública la cuestión es cómo proteger a la gente. A ese respecto España, donde se ha vacunado el 99% de la población, es un buen ejemplo. Lo que se está viendo es que hay que adaptar las vacunas. En febrero, los reguladores ya pedían a las compañías que están desarrollando vacunas que las adaptarían para hacer frente a la variante ómicron del SARS-CoV-2. Como se ha visto durante años con el virus de la gripe, la tecnología no permite ir a los desarrolladores de vacunas a la velocidad a la que cambian los microorganismos.

Cuando se identifica la variante de la gripe, se desarrolla, produce y distribuye la vacuna, el virus ha cambiado. Los estudios de la

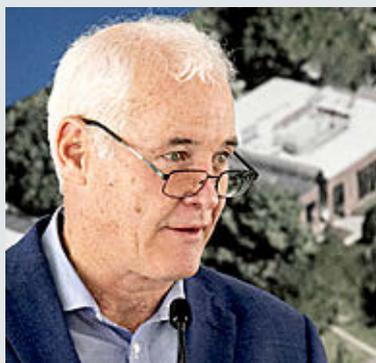
sarrollar la vacuna. Eso da indicios de que, ante variantes diferentes, si la inmunidad depende de una parte del virus que se mantiene estable, será eficaz al margen de la evolución del virus.

En realidad, es un hallazgo que se ha producido tras una década analizando el virus de la gripe, y que ahora se ha aplicado en el SARS-CoV-2. Con la vacuna de Novavax hay muchas probabilidades de que la eficacia se mantenga en las variantes futuras, tenemos mucha confianza en que así será. Conocemos la estructura de la espícula y cómo se ligan a ella los anticuerpos, aunque vamos a seguir pendientes de los datos que se vayan obteniendo en el futuro, es una hipótesis de trabajo muy válida.

Observando las características del coronavirus que provocó el brote en la ciudad china de Wuhan a finales de 2019 y las de la variante ómicron hemos comprobado que las

“El mecanismo que utilizan algunos virus para infectar las células es similar, es el caso de la gripe y el covid”

“Nuestra vacuna puede reducir la transmisión del virus hasta en un 83%”



vacuna de covid desarrollada por Novavax empiezan a mostrar datos que indican que puede ser eficaz frente a variantes como ómicron, también frente a las variantes que se presenten en el futuro, porque se dirige a las partes del virus que no cambian.

Variantes del virus de la gripe y variantes del nuevo coronavirus... ¿Cuál es la conexión entre estos dos patógenos?

El mecanismo que utilizan algunos virus para infectar las células es similar, es el caso de la gripe y el covid. El virus tiene una espícula que utiliza como si fuera una aguja, que "inyecta" en la célula.

En ambos casos la espícula tiene partes que evolucionan, dando lugar a las variantes, y partes estables. Son esas partes estables las que han utilizado los equipos de investigación de Novavax a la hora de de-

estructuras estables son prácticamente idénticas, al 98%. Esto equivale a decir que son *virus gemelos*.

Además, en otro estudio en fases iniciales hemos visto que nuestra vacuna puede reducir la transmisión del virus hasta en un 83%. Eso es muy esperanzador. A la hora de desarrollar vacunas se pueden mirar dos aspectos: evitar las hospitalizaciones y las muertes que provoca la infección, que es una estrategia crucial. Lo otro es evitar la transmisión del virus, la infección en sí, que es algo que permitiría recuperar la normalidad total.

Diez años investigando un virus y una aplicación en una situación de emergencia sanitaria. Es una de esas ocasiones en las que la ciencia básica se legitima como una actividad productiva, ¿no?

Así es. Diez años de ciencia básica nos han

ofrecido una solución al coronavirus ahora. La situación ha sido de emergencia, pero además el hallazgo de regiones estables en los virus tiene otras aplicaciones. Una de ellas es la inmunización frente al virus respiratorio sincitial. -Es el microorganismo más común que causa infecciones pulmonares y de las vías respiratorias de los bebés y niños de hasta dos años. Aunque suele ocasionar síntomas leves similares a los del resfriado en adultos y niños sanos mayores, puede ser serio en los bebés, sobre todo los que están en situación de riesgo-

¿Qué datos sobre la vacuna de refuerzo de Novavax han presentado en el Congreso Mundial de Vacunas?

El refuerzo en población ya vacunada ha ofrecido muy buenos resultados. Una particularidad es que son resultados consistentes en diferentes áreas geográficas. Pusimos en marcha dos ensayos diferentes por sí, debido a la situación de pandemia, alguno de ellos

han visto en jóvenes que habían recibido vacunas basadas en ARN.

En nuestro estudio con expertos de la Universidad de Oxford se vio que el perfil de seguridad de nuestra vacuna en ese grupo de edad es mucho mejor.

En estos dos años se ha acelerado el proceso de desarrollo de vacunas, su revisión y aprobación por parte de los reguladores, y se han establecido alianzas entre compañías, además de colaboración con los reguladores y las autoridades ¿Serán las cosas diferentes cuando esto pase?

La colaboración ha sido la nota dominante desde las fases iniciales de la pandemia. Nosotros acudimos a la mayor productora india (Serum Institute of India), que cuenta con una plataforma de gran envergadura y un conocimiento extraordinario de la distribución. Su trayectoria en la producción de vacunas es de 25 años.

“La colaboración público-privada de estos dos años no tiene precedentes”

“Diez años de investigación con el virus de la gripe nos han ofrecido una solución al coronavirus ahora”



no podía llevarse a cabo. Finalmente, ambos han podido completarse, y eso nos ha permitido comprobar la eficacia en geografías, condiciones y poblaciones dispares. Son unos resultados muy sólidos, más que los de ninguna otra vacuna.

Hace pocos días que Rochelle Walensky, de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), decía que las vacunas frente a ómicron son apropiadas para niños de cinco años. -La agencia estadounidense del medicamento, la FDA, aprobó la dosis de refuerzo para niños de esa edad antes de la realización de esta entrevista- ¿Qué datos tienen sobre la población pediátrica?

La población pediátrica es importante en términos de transmisión, pero existe una cierta controversia por los casos de miocarditis-inflamación del músculo cardíaco- que se

Hemos extendido la colaboración a la vacuna frente a la malaria, que podemos prevenir con ella en un 76% y es un grave problema de salud pública.

Las iniciativas de colaboración en el ámbito internacional nunca han sido tan intensas, y la colaboración público-privada de estos dos años no tiene precedentes. Esa ha sido la clave del éxito.

Ahora tenemos que seguir hablando, no podemos dejar ese camino, no podemos permitirnos estar cansados. El virus que ha originado la pandemia va a seguir con nosotros, y va a seguir cambiando. Vamos a necesitar producción científica para hacerle frente y para lograr evitar la transmisión. El objetivo es llegar a un punto en el cual la enfermedad esté controlada, y para eso tenemos que seguir trabajando juntos.

The GSK logo is rendered in a bold, orange, sans-serif font. The background of the entire page is a 3D molecular model of a DNA double helix, with the two strands colored in shades of purple and blue. A network of orange lines and dots is overlaid on the DNA structure, representing a complex network or data visualization.

GSK

Juntos Hacia Adelante

Juntos, unimos ciencia,
tecnología y talento para
adelantarnos a la enfermedad.

La cefalea afecta al 89% de la población y el 4% es crónica

El dolor de cabeza (cefalea) es el trastorno neurológico más frecuente de los que se ven en las consultas de Atención Primaria.

Belén Diego.



Paciente con cefalea. iStock

El dolor de cabeza es el principal motivo de consulta neurológica en Atención Primaria. Afecta a más del 73% de los hombres y del 92% de las mujeres. En el último encuentro anual de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), Juan Carlos Martí, miembro del grupo de trabajo de hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular de esta sociedad científica ha abordado esta condición, que afecta al 89-99% de la población. Se calcula que un 4% de los casos derivan en dolores crónicos. De ese porcentaje, la mitad son migrañas. En términos absolutos, casi 2 millones de españoles sufren dolor de cabeza más de 15 días al mes.

Hay factores de riesgo que no se pueden modificar -el sexo es uno de ellos, ya que las mujeres son más propensas a padecerlas-, pero los expertos han observado que existen estrategias que sí ayudan a mantenerlos a raya, disminuyendo la frecuencia y la intensidad de las crisis por migrañas. Entre ellos

están el tratamiento de la obesidad, del síndrome de apnea/hipopnea del sueño, evitar el consumo excesivo de cafeína, tratar el estrés crónico y la depresión, ya que todas estas enfermedades están asociadas con las crisis.

Los estudios que analizan la dimensión económica de la cefalea no son precisamente abundantes (los estudios rigurosos, en todo caso, matiza el experto): "Los estudios bien diseñados no solo deberían contemplar los costes asociados a los medicamentos que se utilizan para el tratamiento agudo del dolor, sino que deberían incluir el número de horas de trabajo perdidas a causa de las cefaleas que causan incapacidad temporal, las asistencias médicas, los ingresos hospitalarios, los costes intangibles, etc. Podríamos decir, a partir de un estudio nacional, que los costes sanitarios de cada paciente con migraña crónica ascienden a casi 4.000 euros al año, y a casi 1.000 al año en los pacientes con episodios ocasionales".

A estos costes habría que añadir la pérdida de productividad, los gastos por incapacidad temporal y los gastos intangibles (pérdida de horas de trabajo de familiares, amigos compañeros, etc.)

El experto resume que, en términos generales, el coste sanitario y social vinculado a esta condición es muy cuantioso. Además, recuerda que supone una carga considerable en las consultas de Atención Primaria, donde representa aproximadamente el 15% de las visitas, ya sea por cefalea primaria o secundaria (derivada de otras enfermedades o condiciones ya diagnosticadas).

Por otra parte, indica que existen medicamentos innovadores en el tratamiento de las cefaleas, como por ejemplo el uso de la toxina botulínica (onabotulinotóxina A) o distintos anticuerpos anti-péptido del gen relacionado con la calcitonina (CGRP son sus siglas en inglés) que están ofreciendo muy buenos resultados.

“Lógicamente, estos medicamentos deben ser prescritos por médicos especialistas en neurología y con arreglo a un protocolo establecido, que se corresponde con pacientes correctamente seleccionados. No obstante, no debemos perder de vista que la in-

**Si el dolor es intenso o no remite,
la persona debe acudir
a la consulta del médico**

mensa mayoría de las personas pueden estar bien controladas con los fármacos a disposición de la Atención Primaria, tanto en el manejo de las crisis como en la prevención”, ha explicado.

Martí ha recordado que se recomienda a las personas que experimentan dolor de cabeza que acudan a su médico ante la aparición de dolor muy intenso, o a personas mayores de 50 años a los que habitualmente no les ocurre. Asimismo, es conveniente acudir a la consulta después de haber sufrido un golpe en la cabeza, o si tras el incidente se presentan fiebre con vómitos y sin náusea. También deben hacerlo los pacientes anticoagulados o las personas que se hayan sometido a tratamientos oncológicos, pacientes con el sistema inmunológico debilitado (pacientes frágiles) o quienes experimentan un dolor de cabeza que no se calma con un analgésico habitual. Son situaciones en las que está justificado buscar la ayuda de un médico.

Desde el punto de vista de los médicos, el control de las cefaleas puede contemplarse desde dos ópticas diferentes una vez identificado el tipo clínico de dolor que afecta a un paciente específico, ha indicado el experto.



Encuentro anual de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. eE



Sesión plenaria del Congreso de Atención Primaria. eE

“Por un lado, y como siempre, el control del dolor en la crisis, mediante el uso de aquellos fármacos cuya utilidad esté fehacientemente acreditada, como es el caso la administración de oxígeno a alto flujo en la cefalea en racimos, los triptanes en la migraña o el bloqueo de los nervios occipitales en la neuralgia de Arnold, y en algunas situaciones migrañosas, y por otro en su vertiente preventiva como por ejemplo el verapamilo en la cefalea en racimos, en una de la carbamazepina en la neuralgia del trigémino, y en el aprendizaje cognitivo-conductual en las cefaleas tensionales”, detalla.

Todo el proceso que implica el tratamiento de la cefalea puede completarse en los servicios de Atención Primaria.

“Si se me permite decirlo -ha matizado- hay varios factores que juegan en contra de la eficiencia en este campo. Uno de ellos es el tiempo que hay que dedicar al paciente para realizar la anamnesis dirigida, la exploración básica, la selección -si procede- de las pruebas diagnósticas más eficientes en cada caso y el establecimiento de la estrategia terapéutica. El tiempo es escaso si consideramos las características de una consulta tipo de Atención Primaria, y eso sin que ocurran contratiempos como, tener que sustituir a algún compañero, atender incidencias urgentes, etc. Otro factor adverso en este contexto es la limitación de pruebas diagnósticas a nuestro alcance. Sinceramente no veo por ningún lado las razones que impidan a un médico de

familia solicitar una exploración complementaria si está justificada en la solicitud”.

El Dr. Martí considera que habría que mejorar en el diagnóstico y correcto tratamiento de ciertos tipos de cefalea.

“Un paciente con cefalea leve no suele ser problemático, pero puede serlo bajo ciertas circunstancias, como por ejemplo pacientes de más de 50 años que debutan con una cefalea, o aquellos que aun sufriendo cefaleas habitualmente las características de ésta cambian”, razona.

Además, a su modo de ver los médicos también deben tener claro cuáles son los signos de alarma que nos indican cuándo hemos de ser diligentes remitiendo al paciente o bien a los servicios de urgencias o bien a la consulta de neurología, y hacerlo de forma normal o preferente.

“La inercia terapéutica o bien la frustración de tratar a un paciente que acude reiteradamente a consulta nos hace prescribir medicamentos que o bien no son recomendables (caso de los opiáceos, anució débiles) o bien no identificar correctamente las cefaleas por abuso de analgésicos (paracetamol, ergóticos) u otros tipos de cefalea. En lugar de esto deberíamos hacer una reflexión sobre si estamos haciendo todo lo que podríamos hacer, si debemos reevaluar a ese paciente o debemos pedir una interconsulta razonable”, ha añadido.



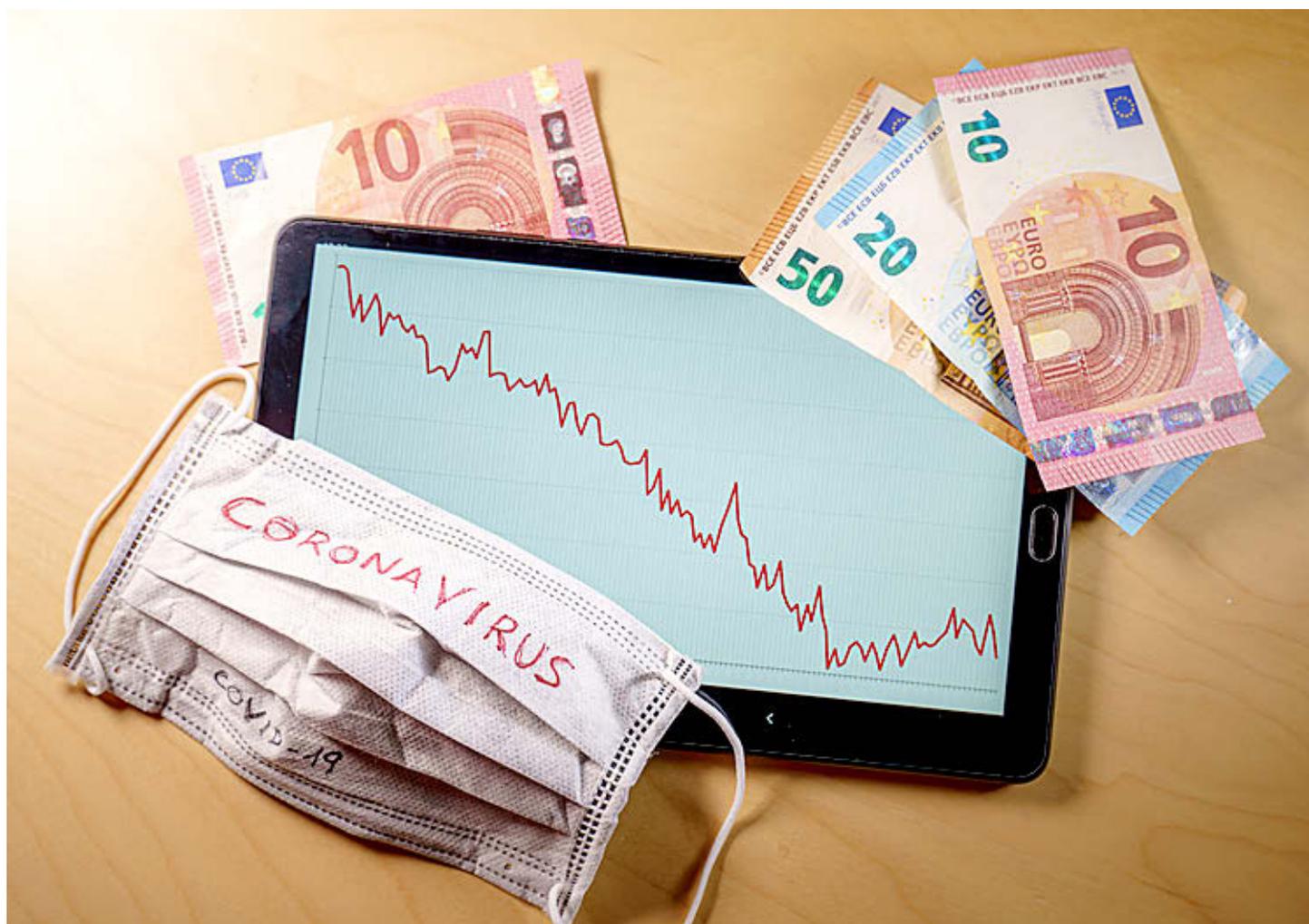
Juan Carlos Martí. eE



INNOVACIÓN AL SERVICIO DE LA SALUD

IQVIA colabora con hospitales, pacientes, industria farmacéutica y otros agentes del sector salud para fomentar una **gestión sanitaria basada en la evidencia**.





Representación del impacto del Covid-19 sobre la sociedad.

La pandemia costó 138 euros de media a cada español sin la vacuna

El gasto sanitario se disparó con la llegada del Covid-19. Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Cantabria fueron las CCAA que más lo incrementaron per cápita. Los territorios que menor gasto por habitante destinaron fueron La Rioja, País Vasco, Aragón y Extremadura, respectivamente.

Ana Sánchez Caja. Fotos: iStock

El 31 de diciembre de 2019 China notificaba los 27 primeros casos de una neumonía de origen desconocido. Siete días más tarde, las autoridades sanitarias del país identificaron la causa del brote: un nuevo tipo de coronavirus SARS-CoV-2. El resto es historia. La llegada de la pandemia de Covid-19 tuvo importantes consecuencias económicas sobre el sistema sanitario español. La media por comunidades autónomas (CCAA) del gas-

to sanitario per cápita en 2019 se situó en 1.569 euros, mientras que en el año 2020 pasó a ser de 1.707 euros.

Esto significa que la pandemia costó 138 euros de media a cada español por la adquisición de material sanitario y equipos de protección individual, según se detalla en la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) elaborada por el Ministerio de Sani-



Calculadora contabilizando los gastos de la pandemia.

dad en el año 2020. Si se desglosan los datos de gasto sanitario per cápita en las diferentes CCAA, se observa que Cataluña (245 euros), Castilla y León (202 euros), Castilla-La Mancha (197 euros) y Cantabria (177 euros) fueron las autonomías que más lo incrementaron en el año de estallido de la pandemia. En la otra cara de la moneda, entre los territorios que menor gasto destinaron, se encuentran La Rioja (69 euros), País Vasco (75 euros), Aragón (88 euros) y Extremadura (94 euros).

El gasto sanitario total en el año 2020 fue de 83.811 millones de euros, lo que supuso un incremento del 10,9% respecto a 2019 (75.056 millones). Todos los sectores experimentaron un aumento menor el de la Seguridad Social (1.633 frente a los 1.714 de 2019). El impacto más importante del gasto se produjo en la Administración Central, pasando a ser de un 185,8% más. Le siguen en importancia las Corporaciones Locales, con un 13,3%, y las Comunidades Autónomas, con un 10,8%, respectivamente. Casi la totalidad del gasto fue destinada al sector de las Comunidades Autónomas, responsables del 92,2% del total de la partida.

En esos momentos, el escenario principal que barajaba el Ministerio de Sanidad era el de dotar al sistema sanitario de unas mayores capacidades para hacer frente a la pandemia. "Es necesario dotar al Sistema Nacional de Salud de una ma-

yor capacidad, preparándolo para ser capaz de hacer frente a posibles incrementos de la transmisión del Covid-19 sin las tensiones a las que se ha visto sometido durante la crisis. Esta preparación requiere una acción amplia y coordinada, que incluye la preparación en los ámbitos de Salud Pública, asistencia sanitaria y laboratorio, la compra extraordinaria de vacuna de la gripe y la preparación de las medidas farmacológicas y no farmacológicas frente al Covid-19", detallaba el Plan de Respuesta Temprana del Escenario Control Covid, elaborado por el Ministerio de Sanidad en julio del año 2020.

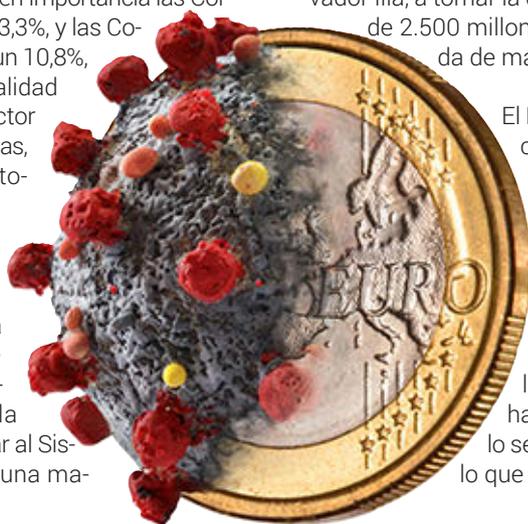
En los primeros compases de la emergencia sanitaria mundial, todos los países del mundo competían para abastecer a su ciudadanía de material sanitario. Dicha situación condujo al Ministerio de Sanidad, en aquellos momentos comandado por Salvador Illa, a tomar la decisión de firmar un contrato de 2.500 millones para la compra centralizada de material sanitario.

El Ministerio de Sanidad comunicó que se adquirirían 4.200 millones de unidades de batas quirúrgicas, guantes, gafas de protección, mascarillas quirúrgicas, mascarillas de protección FFP2 y FFP3, test de diagnóstico PCR y kits de extracción. Sin embargo, la realidad es que del plan, vigente hasta el presente año 2022, solo se han destinado 9,7 millones de lo que se presupuestó.

El papel de la farmacia dentro del sistema sanitario

La labor de la profesión farmacéutica siempre ha sido muy importante durante los momentos más críticos de la pandemia. La intervención de los farmacéuticos comunitarios mediante la supervisión, realización y registro de casos positivos a través de los test de antígenos de autodiagnóstico de Covid-19 ha permitido que la atención primaria se encuentre más descongestionada. Durante el primer mes y medio de 2022, las farmacias realizaron o supervisaron más de 600.000 pruebas. A su vez, notificaron al SNS más de 82.000 positivos, lo que representa el 13,6% del total de las pruebas realizadas.

La dispensación colaborativa de medicamentos hospitalarios a través de las farmacias comunitarias se puso en marcha durante la pandemia con el objetivo de evitar la propagación de contagios en pacientes vulnerables. Esta medida ha permitido que más de 30.000 pacientes de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana y Navarra se estén beneficiando del servicio. En la actualidad colaboran farmacéuticos de 69 servicios de Farmacia Hospitalaria, más de 6.000 farmacias y 19 almacenes de distribución; que han facilitado la dispensación de cerca de 200.000 medicamentos.



Más del 80% de las Guías Clínicas del SNS están desactualizadas

La lentitud de actualización de los informes más la falta de procedimientos para incorporar la tecnología pone en peligro la equidad, cohesión y universalidad entre comunidades autónomas a la hora de acceder al Sistema Nacional Sanitario.

Rocío Antolín. Fotos: istock

Las Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud no están actualizadas*. Así de contundente ha sido la Fundación IDIS en su informe *El Camino a la innovación tecnológica: Cartera de Servicios y Guía de Práctica Clínica*. La lentitud a la hora de renovar las guías más la falta de procedimientos para incorporar la tecnología pone en peligro la equidad, cohesión y universalidad entre comunidades autónomas a la hora de acceder al sistema sanitario. Se desconoce cuándo será la próxima actualización lo que provoca la falta de conocimiento sobre futuros estudios clínicos con tecnología nueva o ya existente.

Hay diferencias de hasta 736 euros por ciudadanos entre los territorios en cuanto al presupuesto sanitario. Además, cada una posee una cartera de servicios complementarios al catálogo común del Sistema Nacional de Salud lo que provoca una heterogeneidad en el proceso asistencial y variabilidad clínica. Los pacientes que no reciben el tratamiento más innovador deciden desplazarse de comunidad para conseguirlo.

No solo vegeta una desigualdad entre territorios, sino también entre los centros sanitarios dentro de la misma comunidad. El proceso de incorporación

de nueva tecnología en la cartera de servicios es muy variable entre los hospitales ya que los tomadores de la decisión son la dirección de cada centro, aunque se apruebe a nivel autonómico. Cada comunidad puede aprobar su propia cartera de servicios con tecnología no incluida en la financiación general de las prestaciones del SNS con carácter de servicio complementario.

Actualizar las Guías de Práctica Clínica, entre otros, facilitaría la toma de decisiones a la hora de incorporar nueva tecnología sanitaria en los centros hos-

pitalarios ya que los documentos contendrían la última evidencia científica disponible. Un estudio indica que la falta de adherencia del 70% a un protocolo establecido en el hospital en la petición de pruebas preoperatorias en cirugía mayor ambulatoria supone un aumento del coste anual para el centro de entre 69.337 y 84.727 euros.

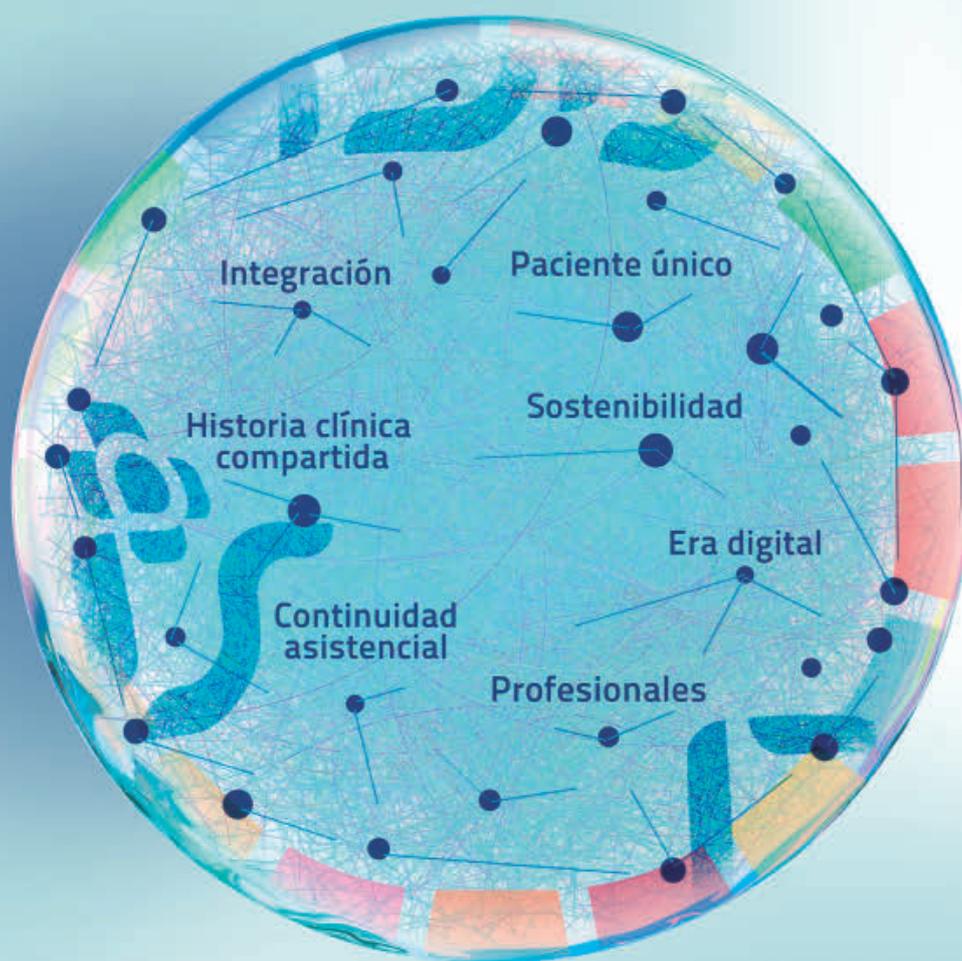
La diferencia presupuestaria entre comunidades asciende hasta los 736 euros por paciente



La dirección del hospital es quién decide si introducir la nueva tecnología.

Trabajamos cada día por el mejor sistema sanitario

#SanidadSomosTodos



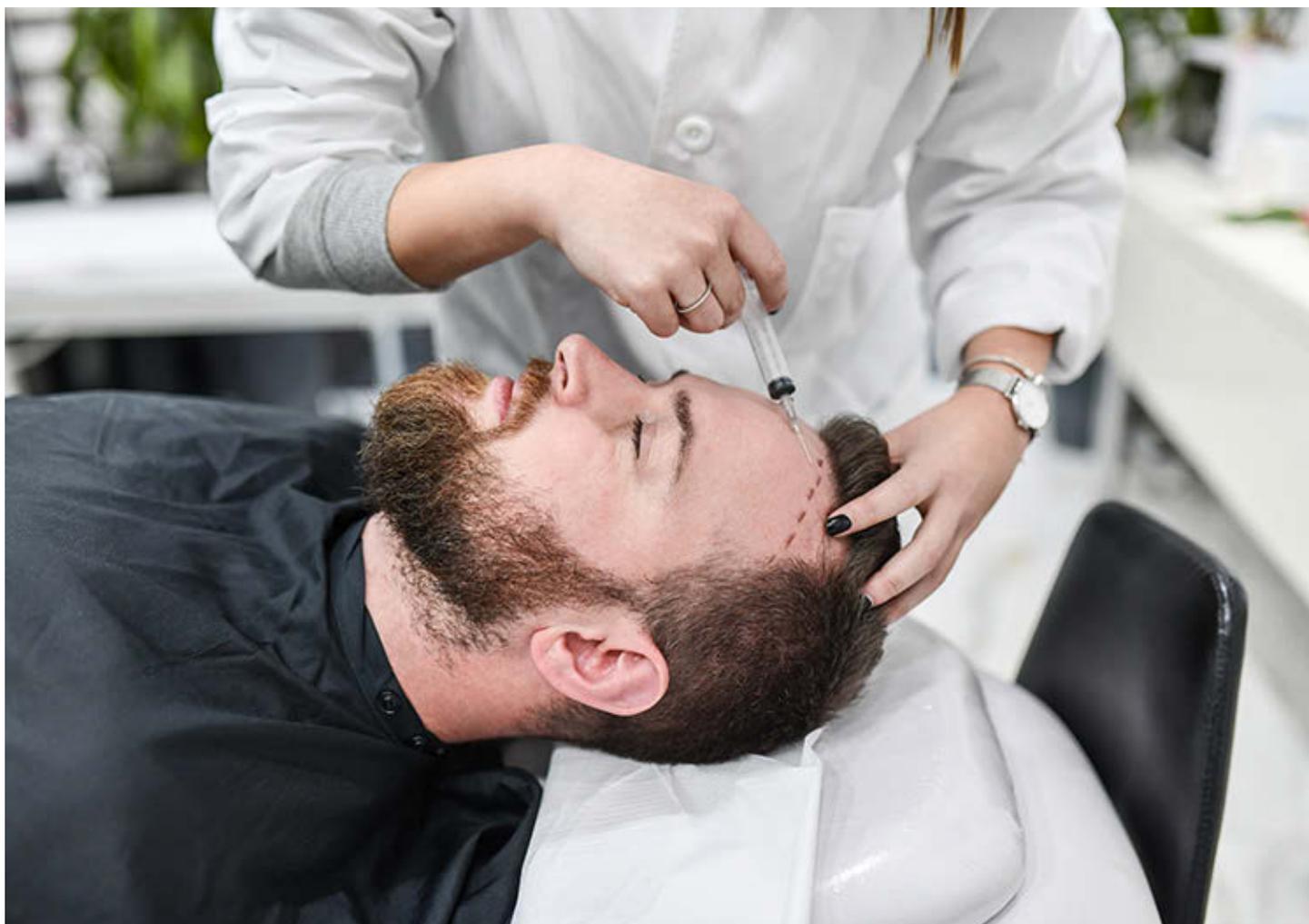
ALIADOS CON LOS
OBJETIVOS DE
DESARROLLO
SOSTENIBLE 2030
"ODS"



fundacionidis.com



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



Paciente examinado antes de que se le realice una intervención de medicina estética.

Más de 1.000 centros sin autorizar de medicina estética operan en España

El intrusismo en el sector estético tiene consecuencias sobre la salud y la seguridad de los pacientes. Infecciones, necrosis de la piel, inflamación de los tejidos o transmisión de ITS son las reacciones adversas más comunes de ponerse en manos de profesionales sin ningún tipo de certificación.

Ana Sánchez Caja. Fotos: istock

El sector de la medicina estética en España está en auge desde 2014 y solo el año en el que estalló la pandemia consiguió reducir sus cifras de facturación. De esta forma, cerró 2021 con una facturación de 3.585 millones de euros y las previsiones para 2022 esperan un crecimiento de entre el 8% y el 10%. La población española evoluciona con índices de vida más elevados, lo que hace que el autocuidado y la cultura de la salud im-

pacte en el crecimiento de dicho mercado. De hecho, el 40% de la población general española ha utilizado servicios de medicina estética en alguna ocasión. El número de centros autorizados por el Ministerio de Sanidad para ejercer la medicina estética en 2021 fue de 6.305, pero otros muchos se escapan de la legalidad. El intrusismo es la principal sombra del sector y la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) estima que actualmente

hay más de un millar de centros sin autorización en todo el territorio nacional.

Desde la organización aseguran que es difícil contabilizar el número exacto de centros intrusos. El motivo es que muchos no tienen sede física y se dedican a ir al domicilio del particular a realizar las intervenciones o, simplemente, porque se publicitan a través de Internet. Las redes sociales son los escaparates que utilizan muchos intrusos para ofrecer ofertas *low cost* de tratamientos de medicina estética. Los inyectables de ácido hialurónico y de bótox son los procedimientos que más se realizan en los centros sin licencia.

En cualquier ámbito de la medicina, el intrusismo tiene consecuencias sobre la salud y seguridad de los pacientes. Las reacciones adversas de ponerse en manos de un profesional sin ningún tipo de certificación para ejercer la medicina estética son varias. Las más comunes son las infecciones en los puntos de entrada del inyectable, necrosis (muerte de tejido corporal) de la piel, inflamación de los tejidos, pérdida de la vista o la contaminación con infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH o la hepatitis C. "Aunque son intervenciones cortas y a priori fáciles y los pacientes piensan que no hay

La mayoría de centros no tienen sede física y el suplantador acude al domicilio del paciente

riesgos importantes, existen riesgos. Es un problema serio que se banaliza: no es una peluquera que va por las casas", explica a *elEconomista Sanidad* Jaime Tufet, vicepresidente primero de la SEME.

La licencia sanitaria U.48 es la que identifica a la clínica como centro sanitario autorizado y la otorga la Consejería de Sanidad de cada Comunidad Autónoma. Según la jurisprudencia, cualquier médico (cardiólogo, dermatólogo o un traumatólogo) puede realizar actos de medicina estética. La ambigüedad de la ley hace creer a muchos que el sector de la medicina estética está huérfano de regulación. En Cataluña y en algunas comunidades autónomas sí que han decidido que sea un médico con capacitación en medicina estética el que lleve a cabo la intervención. Sin embargo, a nivel estatal no es así.

Por esta razón, los especialistas del sector recomiendan pedir el número al "profesional" que les está atendiendo. "De ahí nuestra insistencia en que los pacientes siempre pidan el número de colegiado o el título de Medicina al profesional que le está atendiendo. Así podrá comprobar si se está incurriendo o no en un delito antes de poner su salud en manos de un intruso", afirma Enrique Fer-





Médico inspeccionando a un paciente antes de iniciar la intervención estética.

nández Romero, médico especialista en medicina estética.

Una sexta parte de los pacientes que acuden a las consultas de los médicos estéticos asociados a la SEME han sufrido las consecuencias del intrusismo. "El 15% de los pacientes que han acudido a consultas bajo el epígrafe U.48 venían de haber sido tratados por personas no médicas. El problema es que la gran mayoría no van a estar dispuestos a denunciar. Solo el 15,1% ha dejado de realizarse un tratamiento cuando se ha enterado de que el centro no tenía licencia, mientras que el otro 85% ni se lo cuestiona. Aún nos falta culturizar a la ciudadanía de que se acostumbre a pedir la capacitación profesional de quienes les trata", explica la doctora Petra Vega, tesorera de la SEME.

Dentro del propio sector sanitario también hay intrusismo y cada vez son más los profesionales que ejercen una competencia que no se le atribuye a su capacitación de estudio. "Cada vez hay más odontólogos que realizan intervenciones de medicina estética. El odontólogo solo está capacitado para hacer su actividad en la boca, pero en ningún momento podrá inyectar ácido hialurónico fuera de la boca. Una enfermera legalmente no puede poner bótox", corrobora Tufet.

La suplantación de funciones en la medicina estética es más habitual en las ciudades de Madrid y Barcelona, pero la zona de la costa mediterránea tam-

bién se ve muy afectada por este tipo de delitos. Solamente en Madrid se agrupa el 25% de la actividad que genera la medicina estética en España. Una vez que se produce el acto de intrusismo, el paciente puede tramitar la denuncia a la inspección de sanidad, pero son las CCAA las que tienen la competencia para gestionarlas. Madrid y Andalucía son las autonomías más activas, comprometidas y que ofrecen resoluciones más ágiles al problema.

El paciente de medicina estética es reticente a iniciar procesos legales porque no está dispuesto a in-

Muchos pacientes no denuncian por miedo, vergüenza o porque no saben bien cómo hacerlo

currir en los gastos de dinero y tiempo que implica el proceso y porque evita hacer público que se ha realizado algún tratamiento de medicina estética. Desde enero de 2018, la SEME ha recibido y procesado más de 450 denuncias, pero, a pesar de ello, son escasas. Cada semana reciben unas cinco denuncias, pero al juzgado van pocas. "A veces llegan a la SEME denuncias de los propios médicos de la SEME, pero debería ser del paciente y no del médico. Por esta razón, no se cursa. Tenemos advertencias de compañeros, pero al juzgado van pocas", concluye Tufet.

La imagen mostrada contiene modelos y se utiliza exclusivamente para fines ilustrativos. Janssen-Cilag, S.A. © JC 2022



EIV-38546 - Febrero 2022

Creando un futuro en el que las enfermedades sean cosa del pasado

Somos Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson. Nuestro compromiso es proporcionar grandes descubrimientos e innovaciones médicas significativas. Colaboramos con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud para que algún día las enfermedades más temidas solo se encuentren en los libros de historia.



La industria del sueño facturará 30.000 millones en cuatro años

La dificultad para conciliar el sueño se ha convertido en una epidemia global que afecta al 48% de la población adulta en España. Alrededor del insomnio ha surgido la 'Sleeptech', un mercado al que cada vez se unen más empresas. El catálogo incluye desde relojes, difosores y hasta camas inteligentes

Rocío Antolín. Fotos: iStock



El insomnio, una enfermedad 24 horas

La noche acecha y el mundo se acuesta con sus problemas, futuro y cuentas pendientes dando vueltas por su cabeza. A los 85 años, una persona habrá dedicado 250.000 horas, es decir, más de 10.000 días a dormir. Entre un 20% y 48% de la población adulta española padece insomnio, es decir, sufre problemas para conciliar el sueño. Alrededor de la enfermedad ha surgido una industria tecnológica millonaria a la que cada vez se unen más empresas. Un informe de Data Bridget Market estima que el valor del sector del sueño en 2026 superará los 30.000 millones de euros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) categoriza el insomnio como una epidemia global. En España, una de cada diez personas padecen insomnio crónico y tres de cada diez sufren insomnio ocasional, según la Sociedad Española del Sueño. Ante el hecho de no poder dormir, la mayoría recurre al *doctor Google* y le pregunta: ¿Cuáles son las causas del insomnio?, ¿cuánto tiempo podemos aguantar sin dormir?, ¿qué hacer cuando no se puede dormir?, o ¿qué le ocurre al ser humano cuando no duerme lo suficiente?.

El insomnio se define como un trastorno del sueño frecuente que puede causar dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo. Además, puede acompañarse de despertares nocturnos con imposibilidad para volver a conciliarlo. Las horas de sueño necesarias varían dependiendo de la persona. "Hay que dormir lo suficiente para estar bien al día siguiente", indica la coordinadora del grupo de trabajo de insomnio de la Sociedad Española del Sueño (SES), la doctora Ainhoa Álvarez. No obstante, hay estudios que afirman que la mayoría de los adultos necesitan de siete a ocho horas de sueño por noche para tener una buena salud y funcionamiento mental. Solo el 30% de la sociedad española admite descansar ese número de horas.

Únicamente un pequeño porcentaje de los pacientes que presentan insomnio están correctamente diagnosticados. "La mayoría de estos, minimizan los síntomas y tienden a ignorarlos, incluso a normalizarlos", afirma el neumólogo del Centro Médi-



Los problemas para conciliar el sueño han dado cabida a la *sleeptech*

co de Vithas en Alzira (Valencia), el doctor Asier Bengoechea.

El insomnio es una enfermedad 24 horas y sus causas son muy diversas. "Puede producirse por el estrés, viajes u horarios de trabajo, malos hábitos de sueño o alimentación en exceso en la noche; también por medicamentos, afecciones o trastornos de salud mental, entre otros", explica el doctor Bengoechea. Además, puede ser el desencadenante de otras patologías tanto mentales, como la depresión o el trastorno bipolar; o físicas como las enfermedades cardiovasculares (tienen más riesgo de padecerla).

Los problemas para conciliar el sueño ha dado alas a la *industria del sueño*, también conocida como *sleep-tech*. "Son muchas las empresas y los centros que están invirtiendo en la medicina del bienestar", indica el doctor Asier Bengoechea.

La tecnología del sueño es el patio de recreo de muchas compañías, incluidas las *startups* que buscan ayudar y reinventar la forma de conciliar el sueño. El catálogo resulta profuso ya que incluye desde monitores, camas, relojes y hasta aplicaciones. Por ejemplo, la empresa Dreams creó un monitor del tamaño de una piedrecita que se adhiere a la ropa de cama y registra los movimientos de la persona, ritmo cardíaco y rendimiento respiratorio; o la compañía Sleep Number que lanzó una cama inteligente que envía todas las mañanas una puntuación a través de la aplicación *SleepIQ*, en el que incorpora el tiempo que se estuvo durmiendo, cuántas veces se levantó la persona, los movimientos y el ritmo cardíaco y respiratorio. También, Bose Sleepbuds II creó unos audífonos que suprimen ruidos de baja frecuencia que puedan interrumpir el sueño, como los ronquidos o los pasos. Esta muestra solo es un ejemplo de la infinita cantidad de empresas que invierten en la industria del sueño.

Por otro lado, gigantes de la tecnología como Apple, Fitbit o Samsung han añadido en su catálogo relojes inteligentes que miden el tiempo que se ha dormido y otras variables como el ritmo cardíaco o el oxígeno en sangre. Además, asistentes de voz como *Alexa* y *Google Home* cuentan con integraciones en productos destinados a tener una mejor calidad de sueño. También hay una categoría para las aplicaciones como *Sleep Cycle*, *Sleep Better* o *Pillow*.

España ha registrado más de 40 investigaciones sobre enfermedades ligadas al sueño. Empresas emergentes de origen español como Hipnos atraen la atención de los inversores. La mencionada es una *startup* que surgió de la mano de cuatro jóvenes.

Únicamente el 30% de los españoles afirma dormir de siete a ocho horas diarias

Desde 2021 comercializan un difusor que produce un vapor hecho a base de lavanda, melatonina y manzanilla que se inhala e instantáneamente la melatonina entra al organismo. "Nos motivaba la idea de crear productos que ayudasen a las personas y que de alguna forma se pudiese notar el efecto", afirma el CEO de Hipnos, Carlos García. A día de hoy, han vendido 11.000 unidades a nivel internacional.

Dormir es una necesidad del ser humano y para algunos también un placer. En muchas ocasiones es válido utilizar los dispositivos tecnológicos para ayudar a conciliar el sueño, "pero en caso de seguir con la dificultad para dormir y antes de comenzar con cualquier tratamiento farmacológico lo ideal es contactar con un profesional que pueda estudiar el caso", tal y como indica el doctor Asier Bengoechea.



Profesional sanitario vacunando a un niño.

España incorporará la vacuna de la gripe y el VPH a partir de 2023

Sanidad ampliará la vacunación frente al Virus del Papiloma Humano a los menores varones de doce años de edad e incluirá la vacuna para la gripe al calendario vacunal infantil.

Rocío Antolín. Foto: iStock

En plena campaña de vacunación, la Comisión de Salud Pública, integrada por el Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, han decidido incorporar en los siguientes calendarios vacunales infantiles nuevos sueros. Entre 2023 y 2024 se incluirán el antiviral para el Virus del Papiloma Humano para los niños y la de la gripe con el objetivo de reforzar la vacunación.

Se ampliará la vacunación frente al Virus del Papiloma Humano a los menores varones de 12 años de edad. De esta forma la pauta de vacunación de dos dosis será aplicable en ambos géneros ya que anteriormente ya se administraba en niñas. Recibirán dos dosis con un intervalo mínimo de seis meses para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y varios tipos de cánceres como el de cuello uterino, anal o de pene.

La vacuna se incorporará en 2023 al calendario vacunal masculino y las comunidades autónomas tendrán hasta antes de finales de 2024 para incluirla. El suero con estas indicaciones ya se aplicaba en Galicia y la Comunidad Valenciana. No obstante, antes de añadirla será el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Cisns) el que tendrá que dar la aprobación final.

La incidencia de la gripe ha comenzado a repuntar de manera pronunciada. En el último mes el porcentaje de positividad ha aumentado un 16% y ha desbancado a los contagios por Covid-19, según el informe centinela del Instituto de Salud Carlos III. Para reforzar la vacunación infantil frente a la enfermedad en grupos de riesgo como los más pequeños, la comisión también ha aprobado la incorporación del suero frente a la gripe para los niños entre seis y 59 meses. Se incorporará en la próxima campaña, es decir, entre 2023 y 2024.

Vacunación durante toda la vida

Vacunar a un hombre hasta su fallecimiento cuesta 625,89 euros de los cuales 162 son gastos de administración, según datos que maneja el departamento de Carolina Darias. Por otro lado, vacunar durante toda la vida a una mujer tiene un coste de 726,06 euros, de los que 186 son gastos administrativos. Los datos están calculados bajo la base de costes de las vacunas en el año 2019 teniendo en cuenta que la persona inmunizada esté sana. En caso contrario, por ejemplo en el caso de un inmunodeprimido, el coste aumenta hasta tocar los 1.469,72 euros.

Por menos de **1€*** al día

el diario en tu casa

***233€**
al año
antes 465€

Envío del diario impreso a tu domicilio de martes a sábado.

Incluye edición digital en PDF, acceso a hemeroteca y a todas las revistas digitales y boletines informativos.



O si lo prefieres, benefíciate de ser suscriptor PDF todo un año por **29,99€** (antes 89,99€)

Envío anticipado del diario en versión pdf la noche anterior por email.

+ Acceso a hemeroteca y a todas las revistas digitales y boletines informativos.



Suscríbete ahora en www.eleconomista.es/suscripciones/ o en el **91 138 33 86**

Promoción válida hasta el 30 de noviembre de 2022

CIENCIA EN ESPAÑA



El cofundador y CEO de Mjn-Neuro, David Blánquez. eE

Los expertos consideran que las crisis epilépticas no son predecibles. Mjn-Neuro, una empresa emergente española le ha dado la vuelta a la tortilla a esta afirmación y ha diseñado un dispositivo capaz de predecir la llegada de una convulsión. "El proyecto se basa en poder avisar a los pacientes antes de que tengan una crisis ya que a la hora de producirse la persona puede sufrir un accidente, una caída o un golpe", explica el cofundador de la compañía y CEO, David Blánquez.

Con el objetivo de ayudar a su hija Marina quién tiene epilepsia, el cofundador de Mjn-Neuro decidió volcar su conocimiento en la búsqueda de un dispositivo que ayudase a las personas que padecían la enfermedad y crearon Mjn-Seras. Se trata de un auricular que avisa al paciente de que va a sufrir una crisis un cuarto de hora o diez minutos antes de que aparezca a través de una notificación en el teléfono móvil. El dispositivo registra la actividad eléctrica del cerebro a través del canal auditivo en tiempo real. Gracias a la IA el artefacto envía los datos recogidos a través de Bluetooth a un *smartphone* donde se guardan y analizan cada 30 segundos o un minuto en una nube para ir analizando el estado del paciente.

Mjn-Neuro empezó distribuyéndolo en el mercado español y "hace un par de años que tratamos con Reino Unido y Holanda", recalca David Blán-

Mjn-Seras, el dispositivo español que anticipa la llegada de una crisis epiléptica

La compañía emergente Mjn-Neuro ha firmado un acuerdo de comercialización con la farmacéutica Neuraxpharm para distribuir el dispositivo en más de 30 países de Europa.

Por Rocío Antolín.

quez. Recientemente Mjn-Neuro ha firmado un contrato con Neuraxpharm para distribuir de forma exclusiva el dispositivo en más de 30 países del Viejo Continente. La *startup* se hará cargo de la parte técnica, regulatoria y de la fabricación la cual se hará en España, mientras que la farmacéutica

será la encargada de la comercialización y distribución del producto.

Mjn-Seras recibió el distintivo CE para Europa en 2020 y está previsto que la compañía tenga los resultados del ensayo clínico durante la segunda mitad de 2023. Además, el proyecto ha contado con el apoyo y una financiación de 2,7 millones de euros del Instituto Europeo de Tecnología (EIT Health), organismo de la UE que les ha permitido realizar ensayos clínicos en Reino Unido, Alemania y España. "Nos permite hacer un estudio *real life* en cuatro puntos de tres países distintos", afirma David Blánquez.

La compañía tiene puesta la mirada en el futuro. "En cuatro o cinco años queremos llegar a todos los países de Europa", indica el CEO. A partir de 2024 la empresa iniciará las ventas a nivel activo en países como Alemania o Francia, según sus previsiones. Mientras tanto, desde 2021 trabajan en el proceso de aprobación por parte de la FDA de Estados Unidos "con una previsión de conseguirlo dentro de dos años y con ventas a partir de 2025 y 2026", explica el CEO.