

Sanidad

elEconomista

Revista mensual

6 de julio de 2017 | Nº 75



El coste de los fármacos
contra el cáncer presionará
el presupuesto hasta 2021 | P10

Cofares abre una nueva etapa
sin González Bosch | P34

LA SANIDAD PÚBLICA DUPLICA SUS TIEMPOS DE ESPERA

**Canarias, con 187 días y Cataluña, con 143,
las regiones con más retrasos para una operación | P6**



Stéfanos Tsamousis

Director general de Roche en España

“España es el segundo país,
tras EEUU, donde Roche hace
más investigación” | P16



22. Política

La ministra sigue a la espera del PSOE

Dolors Montserrat renuncia a grandes acuerdos al no tener el apoyo de los socialistas

26. Informe

¿Es sostenible una sanidad endeudada?

Informe de Funcas sobre el sistema sanitario, escrito por Félix Lobo

36. Farmacia

Las boticas explotan la dermocosmética

Buscan, a través de estos productos, atraer a los consumidores de productos de alta gama

40. Caso de éxito

La segunda mano llega a los equipos de hospital

El grupo británico Hilditch, líder de este mercado, se instala en España con una sede en Barcelona

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

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

En portada

Los tiempos de espera para operarse se duplican en 6 años

Canarias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla y León, las regiones con mayores demoras en la sanidad pública



06



16

Entrevista

Stefanos Tsamousis, director general de Roche en España

"Ahora mismo, tras Estados Unidos, España es el país donde Roche realiza más investigación en el mundo"

Financiación

El gasto en fármacos oncológicos subirá un 10% cada año

El año pasado esta facturó creció un 15% en todo el mundo, hasta los 89.600 millones de dólares



10



34

Distribución

Cofares inicia una nueva etapa sin González Bosch

El presidente de la mayor distribuidora de medicamentos es sustituido por Juan Ignacio Güenechea

Si la lista de espera sube y bajan los convenios con la privada, algo falla

El tiempo medio de espera quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud se disparó un 38,5 por ciento en seis meses y se sitúa ya en los 115 días, según los últimos datos de diciembre de 2016. Son casi cuatro meses los que deben aguardar de media los 614.101 pacientes incluidos en lista de espera el año pasado -44.000 más que en junio de 2016- para someterse a una operación programada no urgente en la sanidad pública. No es algo puntual.

Durante los últimos seis años, este indicador clave del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la satisfacción de los ciudadanos se ha deteriorado hasta tal punto que el tiempo medio de espera de la atención quirúrgica de 2016 casi duplica los 65 días registrados en 2010.

El hecho de que el número de días de espera para intervenciones quirúrgicas sea cada vez mayor y alcance una de las cifras más elevadas de los países más avanzados de nuestro entorno geográfico, es una consecuencia muy grave y preocupante de la exigua apuesta por los diferentes modelos de cooperación público-privada en los diferentes territorios de nuestro país. Sólo hay que comprobar el dato de la Comunidad Valenciana, cuyo Gobierno regional quiere revertir todos los hospitales concertados. Pues bien, los cinco hospitales concertados de la Comunidad Valenciana presentan demoras quirúrgicas que oscilan entre los 33 días de Torrevieja y los 53 días de Denia, frente a la espera de 83

días del conjunto de centros de la región. Un dato demoledor.

Si la sanidad privada ha conseguido sustentar en nuestro país cerca de 500 hospitales, es lógico que las Administraciones Públicas intenten llegar a acuerdos para derivar parte de su extensa actividad a estos centros. Aprovechar al máximo -y al mejor precio posible- estos recursos para mejorar la accesibilidad y reducir las listas de espera es la mejor gestión que puede llevar a cabo un gestor público. El paciente, da igual de qué comunidad autónoma, lo que pide es ser atendido lo antes posible en buenos centros, con los mejores profesionales y obtener los mejores tratamientos disponibles. Le da igual la titularidad del centro sanitario mientras sea a través de su tarjeta sanitaria.

Esperemos que este verano no se repitan situaciones como este invierno en Cataluña, cuando tras una epidemia de gripe, la Generalitat colapsó sus hospitales públicos ya que días antes había cancelado sus conciertos con las clínicas privadas.

Los cinco hospitales concertados de la Comunidad Valenciana presentan demoras quirúrgicas que oscilan entre los 33 días y los 53 días, frente a la espera de 83 días del resto de centros de la región



EL ALTA



Luis Mayero

NUEVO PRESIDENTE DEL INSTITUTO IDIS

El consejero de la aseguradora Asisa toma las riendas de la presidencia de la entidad que representa los intereses de la sanidad privada en España.



LA BAJA



Fernando Clavijo

PRESIDENTE DE CANARIAS

Los pacientes de Canarias son los que soportan una mayor espera para una intervención quirúrgica en la sanidad pública, hasta una media de 187 días.

06

Periodismo en situaciones de crisis humanitarias

Entre el 6 y 7 de julio se celebra en Santander el curso *El papel de los profesionales en los medios de comunicación en la respuesta humanitaria ante las situaciones de crisis, emergencias y desastres*. Organiza la Cátedra Extraordinaria UIMP-MSD Salud, Crecimiento y Sostenibilidad.

Acceso a medicamentos en la UE

La Organización Médica Colegial organiza la *IV Jornada Europea sobre retos y orientaciones de la profesión y del sector sanitario en la UE*, donde se abordarán los principales retos de la profesión médica y el acceso a los medicamentos en la UE, en la sede del CGCOM en Madrid.

07

12

Avances en imagen biomédica

En este curso de imagen biomédica patrocinado por la Fundación CSIC se revisarán las bases físicas y la relevancia analítica de las distintas modalidades de estas tecnologías. Del 12 al 13 de julio en San Lorenzo del Escorial.

Políticas de salud pública para eliminar el VHC

Patrocinado por Gilead, el objetivo del curso será analizar las distintas experiencias internacionales y nacionales y las políticas de salud pública que se están desarrollando para la eliminación de la Hepatitis C en poblaciones clave. En San Lorenzo de El Escorial, del 17 al 18 de julio.

17

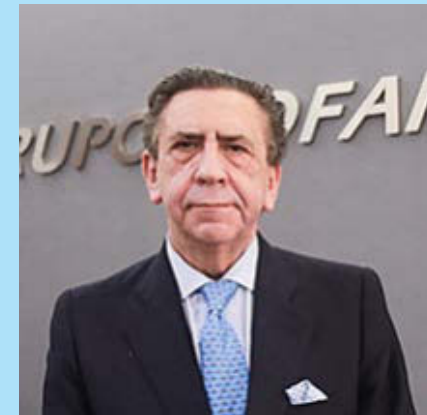
26

Congreso de la SE de Cardiología 2017

Barcelona acoge del 26 al 30 de agosto el mayor congreso cardiovascular del mundo. La cita contará con más de 500 sesiones de expertos y se han remitido más de 10.800 *abstracts* sobre los últimos avances científicos en esta disciplina.

La farmacia comunitaria, con y por el paciente

Nueva edición de los cursos que organiza en septiembre el Instituto de Formación Cofares en la UIMP de Santander.



06



14

XVII Encuentro de la Industria Farmacéutica Española

Farmaindustria organiza este encuentro tradicional del sector que se celebrará en septiembre en la UIMP de Santander.

Creemos en la salud persona a persona

En **Quirónsalud** trabajamos día a día para cuidar de lo que más importa: **tu salud y la de los tuyos.**

Y lo hacemos a través de una visión única de la medicina, más personal, más cercana y, sobre todo, más humana. **Los mejores profesionales médicos y la tecnología más avanzada** te esperan para cuidar de ti en cada uno de nuestros hospitales y centros médicos.



quironsalud.es

 **quirónsalud**
La salud persona a persona

LA SANIDAD PÚBLICA DUPLICA SUS TIEMPOS DE ESPERA

Los planes de choque autonómicos para reducir las listas de espera se estrellan y no resultan creíbles después de que las demoras quirúrgicas se dupliquen y alcancen máximos en la última década

JUAN MARQUÉS

La sanidad española ahonda en sus diferencias y ofrece velocidades de atención muy distintas para los ciudadanos, no solo según su capacidad de elección entre centros públicos y privados, sino también dependiendo de su comunidad autónoma de residencia.

El tiempo medio de espera quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud se disparó un 38,5 por ciento en seis meses y se sitúa ya en los 115 días, según los últimos datos de diciembre de 2016. Son casi cuatro meses los que deben aguardar de media los 614.101 pacientes incluidos en lista de espera el año pasado (44.000 más que en junio de 2016) para someterse a una operación programada no urgente en la sanidad pública.

La atención al 18 por ciento de estos pacientes se demora además más de seis meses, frente al 8 por ciento que se encontraba en esta situación en junio de 2016, lo que supone un deterioro de la salud y calidad de vida difícilmente justificables.

Durante los últimos seis años, este indicador clave del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la satisfacción de los ciudadanos se ha deteriorado hasta tal punto que el tiempo medio de espera de la atención quirúrgica de 2016 casi duplica los 65 días registrados en 2010, sin que los



Hospital Ramón y
Cajal, en Madrid.
SERGIO MORENO

responsables sanitarios de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad ofrecieran ninguna explicación en el último Consejo Interterritorial del SNS del pasado mes de junio.

Las diferencias entre comunidades autónomas son además abismales y difíciles de explicar si se atiende al gasto *per capita* invertido en salud, plantillas de profesionales, población atendida o al incremento de los presupuestos sanitarios de los tres últimos años que, a la vista de los datos, parece que no se han invertido en recortar las listas. Las prioridades de gasto se han dirigido a otros capítulos y la atención que reciben los ciudadanos en la sanidad autonómica es, en consecuencia, muy desigual.

Los pacientes de Canarias son los que soportan mayores esperas quirúrgicas, con un tiempo medio de espera de 187 días. El nuevo consejero de Sanidad, José Manuel Baltar, ya ha lanzado un plan de choque para reducir estas demoras que recogen incrementos de la actividad asistencial por la tarde y fuera del horario habitual, tal y como hizo la Comunidad de Madrid en 2016. Los resultados del plan son por ahora discretos al reducirse las esperas hasta los 177 días en una región que presenta la mayor tasa de precariedad laboral de la sanidad española y una de las tasa de médicos y enfermeras de atención especializada más bajas de España, junto con Andalucía.

Después de Canarias, los ciudadanos en Cataluña son los pacientes más atribulados de la sanidad pública al hacer frente a 143 días de espera media. Más de 157.000 enfermos se encuentran en esta situación. El responsable de la gestión sanitaria, Antoni Comín, pactó hace un año con la CUP un plan de choque de 96 millones de euros para reducir las demoras que en los presupuestos de este año se ha reducido a una partida de 35 millones. El consejero achacó las dilatadas esperas a la “infrafinanciación” de Cataluña y al “gran déficit fiscal que sólo arreglaremos con una república”, según aseguró en noviembre de 2016.

Otras comunidades que exceden de largo la media de espera del SNS son Castilla-La Mancha (139 días), Extremadura (124 días) o Castilla y León (122 días). A pesar de que todas las regiones han anunciado políticas para reducir sus listas, el deterioro que han sufrido los tiempos de espera en todas las especialidades, salvo cirugía cardíaca y torácica, durante el último año evidencian el fracaso de la gestión.

El exgerente del Servicio Murciano de Salud, Francisco Agulló, achacó el incremento de las listas de espera a los problemas de financiación que atraviesa la sanidad regional y a la falta de inversión en la estabilidad laboral

Doble velocidad en la atención en centros públicos y privados

■ El tiempo de reacción de la sanidad privada, que atiende a un menor volumen de población, es mucho más rápido que en los centros públicos. Tanto la atención quirúrgica, como las consultas de especialista o las pruebas diagnósticas se sitúan por debajo del mes, frente a los cuatro meses de media de demora de la sanidad pública.

Las esperas en citación para pruebas complementarias no superan los 9 días (8,3 días para mamografías) y con resultados inferiores a una semana en muchas de ellas (4,7 días para TAC y 7 días para RM osteomuscular).

Los tiempos de entrega de los informes de pruebas diagnósticas se sitúan por debajo de los cuatro días -dos días en el caso de la mamografía-.

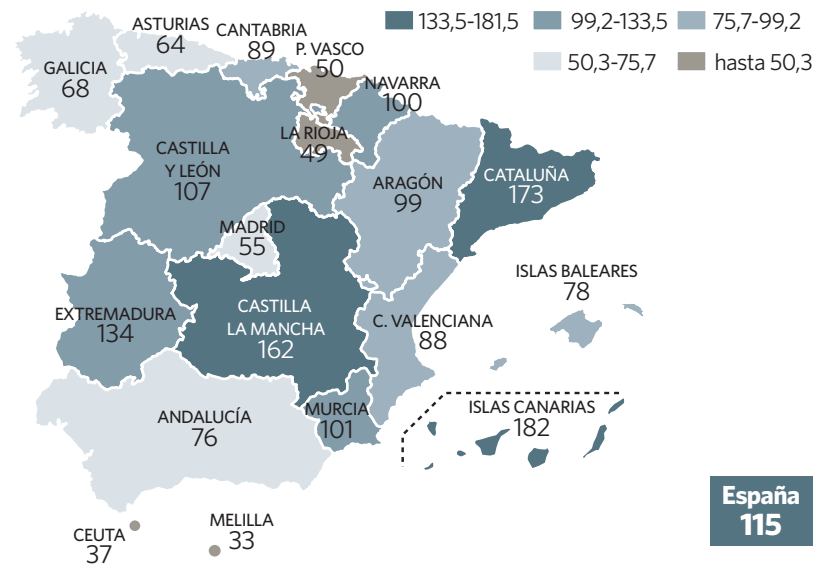
Los tiempos de espera de citación para consultas en las especialidades más frecuentadas están entre 8 y 11 días.

Los tiempos medios de atención facultativa en urgencias son inferiores a los 30 minutos, incluyendo el triage que se encuentra en torno a los 8 minutos.

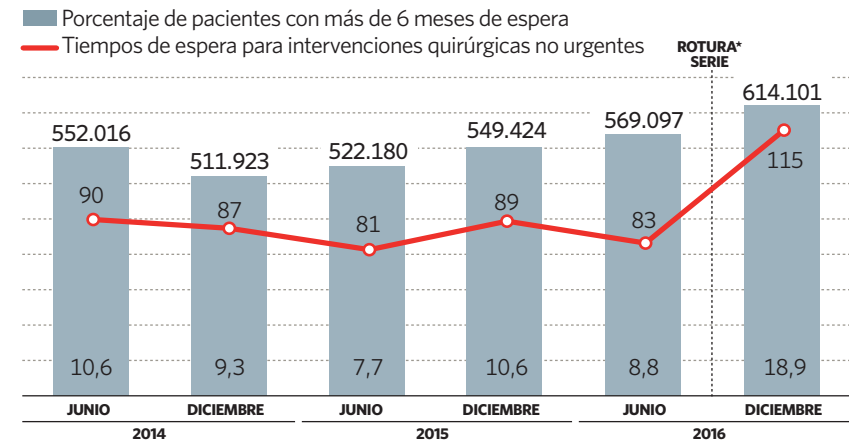
Los tiempos de espera para una intervención quirúrgica son inferiores a 30 días. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en procesos oncológicos se sitúa en 19 días en el caso del cáncer de mama, 15 días en el caso de cáncer de colon y 20 días en el caso del cáncer de pulmón.

Evolución de la lista de espera quirúrgica en el SNS

Tiempo medio de espera por comunidades autónomas (en días)



Pacientes, tiempo medio de espera y porcentaje con más de seis meses de espera



(*) Hasta Junio-16, datos del total especialidades de Cataluña estimados a partir de datos de procesos seleccionados.
Fuente: MSSSI. elEconomista

de las plantillas de profesionales. Un extremo este último que sí se cumple en el caso canario -el 48 por ciento son temporales- pero no en el catalán, región que presenta una tasa de temporalidad del 17 por ciento, la más baja del SNS. El número de profesionales médicos en activo se ha incrementado además durante los últimos tres años y la plantilla asciende ya a los 113.173

médicos en 2015, según datos del Ministerio de Sanidad.

Por el contrario, la regiones más virtuosas son La Rioja (56 días) y País Vasco (58 días), seguidas de Madrid (63 días), una de las comunidades que más presión política ha sufrido por sus listas en el Parlamento regional a pesar de comprometer una inversión de 80 millones durante la legislatura y contar con los mejores indicadores de gestión si se compara con las otras dos autonomías más pobladas y que mayor carga asistencial tienen.

Otro tanto cabe decir de las demoras para consultas de especialista, que han subido de 51 días de media a 72 días después de que se incluyan los datos de Cataluña y la Comunidad Valenciana.

Carril rápido en la privada

Contrastan los registros de la sanidad pública con los arrojados por la sanidad privada o por los hospitales de colaboración público-privada. Los cinco hospitales concertados de la Comunidad Valenciana presentan demoras quirúrgicas que oscilan entre los 33 días de Torrevieja y los 53 días de Denia, frente a la espera de 83 días del conjunto de centros de la región.

La espera media quirúrgica de la atención sanitaria privada se encuentra en 29 días y el 90 por ciento de los pacientes es intervenido antes de un mes, según los últimos datos recabados por el *Idis* de 2015, mientras que el tiempo medio de citación para consultas de especialista no llega a las dos semanas en las cuatro especialidades más frecuentadas -oftalmología, dermatología, traumatología y ginecología y obstetricia-. En el caso de las esperas de citación de pruebas complementarias, como mamografías, resonancias magnéticas o TAC, las demoras oscilan entre los 4 y los días. Está claro que la privada tiene más reflejos, flexibilidad y menos presión asistencial que la pública a la hora de atender a los pacientes.

Manuel Vilches, director general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Idis), ha aprovechado los datos de las listas públicas para reclamar un aprovechamiento de los recursos disponibles y también de las estrategias de cooperación público-privada, que “han demostrado con datos irrefutables mejorar la accesibilidad al sistema y reducir las listas de espera”. Vilches se lamenta de que “no se está trabajando en esa línea en absoluto, sino más bien en la contraria en base a una politización creciente y preocupante de la sanidad que contradice la búsqueda del bien común de los ciudadanos”, según denuncia el *Idis* en un comunicado.

A pesar de este clima político hostil a cualquier fórmula de colaboración



Sala de espera del hospital Ramón y Cajal. ELISA SENRA

5.734
Son los millones
que las regiones
destinaron a
concertar con los
centros privados

privada, las comunidades autónomas han seguido invirtiendo en conciertos con centros privados en los últimos años. En 2015, último ejercicio disponible en la estadística de gasto sanitario público, las regiones destinaron 5.734,7 millones de euros a concertar actividad asistencial y quirúrgica con hospitales y centros privados, un 9,6 por ciento del gasto público total. Cuatro años antes, en 2011, las comunidades invertían 5.800 millones de euros en este fin, un 9,4 por ciento de su gasto sanitario total.

Desde la Alianza de la Sanidad Privada Española se reclama una renovación de los conciertos para la prestación de tratamientos con la sanidad privada, una colaboración que “no sólo descongestionaría considerablemente las listas de espera, sino que los precios de los tratamientos en los conciertos con la sanidad privada supondrían un ahorro, ya que son de media un 30 por ciento más económicos que si se realizan en la sanidad pública”.



Jordi Ramentol, vicepresidente de la AESGP

Jordi Ramentol, vicepresidente de la Asociación para el Autocuidado de la Salud y CEO de Ferrer, ha sido nombrado vicepresidente de la AESGP, asociación europea que integra a las compañías fabricantes y comercializadoras de medicamentos y productos de autocuidado. Junto a Jordi Ramentol, Jaume Pey, como miembro del Consejo Directivo de la asociación europea, forma parte también de los órganos directivos de la AESGP.



Lourdes Fraguas gana el 'Global Counsel Award'

La secretaria general de Farmaindustria y directora de su Departamento Jurídico, Lourdes Fraguas, fue galardonada en Nueva York con el prestigioso premio *Global Counsel Award* en la categoría *Regulatory Non-Financial Services* -sectores regulados no financieros-. Estos premios, que cuentan con una docena de categorías, son concedidos por la International Law Office y Lexology con el apoyo de la Association of Corporate Counsel.



Chemo inaugura dos nuevas plantas en España

La farmacéutica Grupo Chemo anuncia la puesta en marcha de dos nuevas plantas dedicadas a medicamentos inyectables. La compañía suma ya un total de seis plantas en nuestro país y emplea a más de 1.600 personas. Las nuevas plantas, Universal Farma (Guadalajara) con casi 8.000 m2, y Farmalan (León), con 3.600 m2, están preparadas para la fabricación y acondicionamiento de medicamentos inyectables.



BI construye una nueva planta en Cataluña

Boehringer Ingelheim ha colocado la primera piedra de su nueva planta de producción Respiamat en Sant Cugat del Vallés, que creará más de 200 nuevos puestos de trabajo. El acto culmina un intenso trabajo interno iniciado en 2015 para conseguir la adjudicación a España tras estudiarse otras ubicaciones en Europa. La experiencia en producción estéril en aislador a un coste competitivo es una de las razones que decantaron la elección de Cataluña.



Primera vacuna contra nueve tipos de VPH

Tras obtener la autorización por parte de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), ha sido aprobada en España la primera vacuna que protege frente a nueve tipos distintos de Virus del Papiloma Humano (VPH), en concreto los tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. La vacuna nonavalente -comercializada con el nombre de *Gardasil 9* por el laboratorio MSD- está indicada para la inmunización activa de mujeres y hombres a partir de 9 años de edad.

EL CÁNCER PRESIONARÁ EL PRESUPUESTO HASTA 2021

La factura farmacéutica de los tratamientos oncológicos corre camino de ser inasumible si se cumple la previsión de crecimientos por encima del 10 por ciento durante los próximos cinco años

JUAN MARQUÉS

El gasto creciente en los tratamientos para luchar contra el cáncer podría no ser asumible económicamente por los gobiernos a los precios actuales. El informe de QuintilesIMS *Global oncology trends 2017* revela que el coste de los medicamentos utilizados en oncología crece a un ritmo del 8,7 por ciento de media anual en los países desarrollados desde 2011, casi el doble que durante el periodo 2006-2011. Sólo el año pasado registraron una subida del 14,9 por ciento, que disparó la factura farmacéutica mundial en oncología hasta los 89.600 millones de dólares.

En el caso de los cinco principales mercados europeos, incluido el



español, el coste de las terapias farmacológicas contra el cáncer creció a un ritmo anual del 10,8 por ciento durante los últimos cinco años.

En total, la factura mundial de los tratamientos contra el cáncer, incluidas las terapias en cuidados de apoyo, alcanzó los 113.000 millones de dólares en 2016, de los que Estados Unidos paga casi la mitad, el 46 por ciento. Lo preocupante para la sostenibilidad de los sistemas de salud es que no parece tener techo, ya que 600 nuevas moléculas están en última fase de investigación para ser lanzadas al mercado, según datos de diciembre de 2016. Una buena noticia, sin duda, porque son importantes avances terapéuticos pero que tendrá un coste millonario para sistemas como el español, que financian al cien por cien los nuevos antineoplásicos y no tiene un modelo para evaluar y medir el grado de innovación. La mortalidad en el caso de los pacientes con cáncer en España se ha reducido el 1,4 por ciento entre 2004 y 2013, resultado no solo de los nuevos medicamentos, sino también de los avances en el diagnóstico y el acceso de más pacientes a los tratamientos.

El gasto farmacéutico podría crecer así entre un 6 y un 9 por ciento cada año hasta 2021, en opinión de los expertos, hasta alcanzar los 147.000 millones de dólares, teniendo en cuenta la competencia de los nuevos biosimilares que están entrando en el mercado una vez expira la patente del medicamento de referencia.

Solo entre 2011 y 2016, se han comercializado 68 nuevas terapias contra el cáncer en 22 indicaciones, incluidos agentes inmuno-oncológicos que han cambiado el paradigma del tratamiento. El ritmo de aprobaciones y el acceso a los nuevos tratamientos es además muy alto. El 20 por ciento del gasto global en oncología procede de los nuevos medicamentos lanzados entre 2011 y 2016, una vez que se han acortado los tiempos para aprobar las nuevas terapias. Desde que se registra la patente de la nueva molécula hasta que se aprueba pasan 9,8 años en 2016, frente a los 10,25 años de 2013. Incluso hay medicamentos que en tres años se han comercializado gracias a procedimientos regulatorios abreviados en el caso de innovaciones disruptivas. Los ensayos clínicos tienen una duración media de 1.070 días en 2016, frente a los 2.000 días que transcurrían en 1997.

Las opciones terapéuticas disponibles para tratar los distintos tumores también han aumentado. Si en 1996 existían ocho posibles terapias contra el cáncer de mama, en la actualidad hay 19 tratamientos al alcance de los pacientes, los mismos que existen para abordar el cáncer de pulmón, cuando 20 años antes solo había cuatro tipos de terapias.

El coste de la oncología

Disponibilidad en 2016 de los medicamentos oncológicos lanzados entre 2011 y 2015*

DISPONIBLES			NO DISPONIBLES		
	Estados Unidos	37		México	17
	Alemania	35		Rusia	16
	Reino Unido	33		Filipinas	10
	Suecia	33		Brasil	10
	Italia	26		Turquía	7
	Canadá	25		India	4
	Francia	26		China	4
	Japón	22		Indonesia	4
	Australia	20		Kazajistán	4
	España	19		Sudáfrica	3
	Polonia	18		Vietnam	1
	Corea del Sur	17			
			Total medicamentos		

Pipeline de oncología en última fase en 2016**

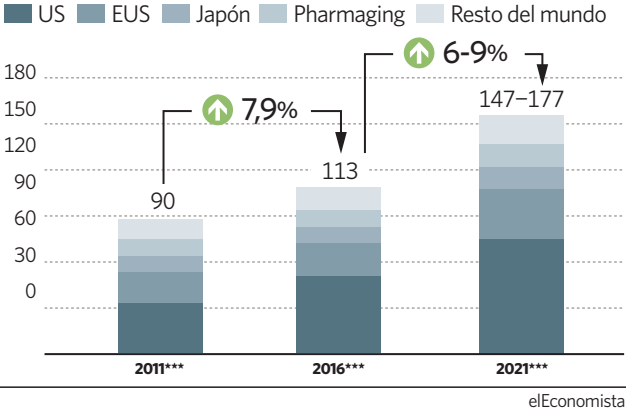
Moléculas en última fase de investigación		Compañías con un pipeline en última fase	
Total moléculas	631	Total compañías	544
Fase II	453	Pipeline activo en última fase	544
Fase III	139	Fase II	391
Pre registro/registradas	39	Fase III	191
		Pre registro/registradas	79

(*) datos del 4º trimestre de 2016. (**) datos diciembre 2016. (***) datos marzo de 2017.

Fuente: QuintilesIMS.

Solo entre 2011 y 2016, se han comercializado 68 nuevas terapias en 22 indicaciones

Costes globales en oncología y crecimiento (bill. de dólares EE.UU.)



El acceso de los pacientes a las nuevas terapias es muy desigual. España no prioriza el acceso a los nuevos medicamentos oncológicos y ocupa un discreto lugar intermedio entre las economías más desarrolladas. De las 42 terapias lanzadas entre 2011 y 2015, solo 19 están disponibles para los pacientes en España. Otros países como Estados Unidos o Alemania han incorporado 37 y 35 fármacos, respectivamente, a su cartera de tratamientos. Países de nuestro entorno, como Francia, Italia o Reino Unido, están también por encima de las 25 aprobaciones. A diferencia de estos tres últimos países,

España sí financia públicamente el acceso al cien por cien de los nuevos medicamentos, como también hacen Alemania y Estados Unidos a través de sus sistemas de aseguramiento.

Estados Unidos, Francia y Alemania son los que registran un mayor uso per capita de las inmunoterapias contra el cáncer durante el primer año de comercialización, mientras que otros mercados como Canadá, España, Japón y el Reino Unido presentan menores tasas de uso. Estas variaciones, a juicio de los analistas, pueden deberse a una prevalencia de enfermos menor en enfermedades como el melanoma y el cáncer de pulmón o bien a restricciones y barreras de entrada impuestas por los sistemas de salud.

El precio no sería un factor decisivo en el uso de los nuevos medicamentos en Europa, sino que la variabilidad en las tarifas de los fármacos oncológicos en Europa respondería al nivel de renta de los países para facilitar el acceso de los pacientes a las terapias. Las diferencias de precios de los oncológicos, no obstante, pueden alcanzar hasta el 300 por ciento, según un estudio publicado en *The Lancet Oncology* en 2015. Alemania, Suecia y Suiza, que presentan tasas de utilización de oncológicos más alta, serían los países donde más caras son estas terapias, mientras que España, Italia, Grecia y Reino Unido disfrutarían de los precios comparados más bajos.

En las diferencias en el uso de los nuevos fármacos contra el cáncer pesan más otras variables como el nivel de renta y poder adquisitivo de los distintos países e incluso el ciclo económico, como sostiene el economista David Cantarero. Los mercados más desarrollados registran por lo demás un mayor uso de estos fármacos que las economías emergentes. Cerca del 60 por ciento del gasto en oncología de los países más desarrollados corresponde a medicamentos lanzados hace 15 años o menos.

Desde Farmaindustria se rebaja el posible estrés presupuestario. “Aunque los medicamentos oncológicos son de elevado coste, el gasto en estos fármacos representa un bajo porcentaje sobre el gasto sanitario total y farmacéutico”, sostiene el doctor José Ramón Luis-Yagüe, director del Departamento de Relaciones con las Comunidades Autónomas de la patronal de laboratorios innovadores. En el caso de España, el gasto en medicamentos oncológicos representa así el 2,7 por ciento de la factura sanitaria total y el 10 por ciento del gasto farmacéutico, según los últimos datos disponibles de 2014. En concreto, el gasto farmacéutico en oncología ascendió a 1.656 millones de euros. Habría, por lo tanto, margen presupuestario suficiente, en opinión de la industria.



España no prioriza el acceso a los nuevos tratamientos

19 de 42

De las 42 terapias lanzadas entre 2011 y 2015, solo 19 están disponibles para los pacientes en España. Países de nuestro entorno, como Francia, Italia o Reino Unido, están también por encima de las 25 aprobaciones.

300%

Las diferencias de precios de los antineoplásicos pueden alcanzar hasta el 300 por ciento. Alemania, Suecia y Suiza, que presentan tasas de utilización de oncológicos más alta, serían los países donde más caras son estas terapias, mientras que España, Italia, Grecia y Reino Unido disfrutarían de los precios comparados más bajos.

25.000

En el caso de España, el gasto en medicamentos oncológicos representa el 2,7 por ciento de la factura sanitaria total y el 10 por ciento del gasto farmacéutico, según los últimos datos de 2014.

1.656

En concreto, de los 61.947 millones de euros de gasto sanitario total del conjunto del Sistema Nacional de Salud, 1.656 millones de euros corresponden al gasto farmacéutico en tratamientos oncológicos.



Sanitas y Zurich refuerzan su alianza

Vicente Cancio, CEO del Grupo Zurich en España, e Iñaki Ereño, consejero delegado de Sanitas, refuerzan su alianza en la comercialización de seguros de salud de Sanitas a través de la red de más de 1.500 agentes de la compañía de origen suizo. El acuerdo tendrá una validez de 5 años y permite a Zurich ofrecer a sus clientes los mejores seguros de salud con ventajas diferenciales y acceso a las soluciones digitales de Sanitas.



Quirónsalud entra en el Mundial MotoGP

La nueva unidad, dirigida por el equipo médico del doctor Ángel Charte, contará con la última tecnología sanitaria y estará operativa en los 12 circuitos europeos del Mundial de MotoGP a partir de la temporada 2018. Quirónsalud pone así al servicio del motociclismo mundial su experiencia en medicina intensiva, politraumático severo, paciente muy grave y medicina deportiva para garantizar la máxima calidad, seguridad y rapidez.



Luis Mayero, nuevo presidente del Idis

Luis Mayero Franco, consejero de Asisa Lavinia y delegado médico de Asisa Madrid, y hasta ahora secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación Idis), es el nuevo presidente de la entidad. Sustituye en el cargo a Adolfo Fernández-Valmayor. En su nueva responsabilidad llevará a cabo nuevas líneas estratégicas que marcarán el trabajo del Patronato durante este nuevo período.



Asisa registra su mejor resultado histórico

El Grupo Asisa consolida un periodo de fuerte crecimiento de la compañía. Entre 2010 y 2016, obtuvo un beneficio acumulado de 234 millones de euros, lo que permitió realizar inversiones por valor de 243,5 millones, 155 de ellos destinados a la modernización de las clínicas y hospitales integrados en el Grupo HLA. La caída de 5 puntos en la siniestralidad media permite a la compañía mejorar los márgenes de rentabilidad.



HM Hospitales supera su objetivo de facturación

El grupo que preside Juan Abarca Cidón cumple objetivos al obtener 335 millones de euros en ingresos, un 21 por ciento más que el año anterior. Cierra el ejercicio 2016 con un Ebitda de 56,2 millones de euros, casi un 17 por ciento más que en 2015. HM Hospitales cuenta con nueve hospitales generales, dos monográficos, tres centros integrales y 17 policlínicos, lo que hace un total de 31 centros asistenciales que dan empleo a 3.700 personas.



Marco Patinha

Director general de hmR España

Un -excelente- manejo de los datos no sólo agrega valor a un negocio, sino que reduce sus riesgos y por ello, cada vez más, empresas y mercados van integrando soluciones de inteligencia en sus organizaciones

Hacia un sistema económico 'datista'

A lo largo de toda la Historia, los avances han transformado nuestro modo de vida, los lugares que habitamos, los trabajos que realizamos e, incluso, nuestra propia fisionomía. Esta evolución permanente y necesaria se ha disparado en los últimos 20 años, en los que el mundo ha cambiado más que en cualquier otro período anterior. El petróleo, en la base de todas las estructuras socioeconómicas del siglo XX, ha ido perdiendo fuerza en favor de otros mercados. A día de hoy, los indicadores comienzan a ratificar una tendencia: los centros de explotación de datos son las nuevas refinerías petrolíferas, los actuales impulsores del profundo cambio social y económico al que estamos asistiendo. La semana pasada, la prestigiosa revista *The Economist* aseguraba en un artículo que los datos ya son "el recurso más valioso del mundo".

El fuerte avance de la tecnología, los nuevos modelos de negocio y la necesidad de monitorizar el entorno han

facilitado el inicio de un cambio de paradigma en la toma de decisiones. Actualmente, la posibilidad de acceder a cantidades ingentes de datos abre la puerta a un liderazgo cada vez más medido, más consciente, con un conocimiento más profundo de los factores a tener en cuenta. Un -excelente- manejo de los datos no sólo agrega valor a un negocio, sino que reduce sus riesgos y por ello, cada vez más, empresas y mercados van integrando soluciones de inteligencia.

Prueba de ello es que, sólo en Estados Unidos, se calcula que el próximo año habrá una demanda de perfiles con habilidades analíticas de datos -los llamados *data scientists*- de entre cuatro y cinco millones de personas. En España, la figura de director/a de datos cobra peso, y algunas de las principales compañías del país -como Telefónica o BBVA- han creado la posición de *Head of Data* o *Chief Data Officer* (CDO) al máximo nivel de la organización; tradicionalmente, este puesto habría dependido de dirección de marketing o de tecnología.

El ámbito sanitario ha sido tradicionalmente uno de los pioneros en este campo. A día de hoy, el 73 por ciento de los CEOs de este sector estima que la forma en que su negocio maneja los datos constituye un valor diferenciador positivo que se convertirá en una ventaja competitiva (*20th Annual Global CEO Survey*, PwC, 2017). Dispositivos de hábitos saludables, médicos *online*, Internet de las cosas, aplicaciones para comprar fármacos... Datos en tiempo real que proporciona el usuario/paciente, información cuyo manejo y explotación contribuyen directamente a la mejora de la salud de las personas. Se calcula que una persona puede generar un millón de gigabytes -unos 300 millones de libros- en datos relacionados con su salud durante toda su vida. ¿Cuántas mejoras en productos y servicios de salud se pueden implementar con ellos?

Para conseguirlo, la precisión en la extracción de datos es uno de los retos permanentes de este sector. Nunca podemos relajarnos en la generación de nuevas estrategias para hacer acopio de información de una forma cada vez más responsable, fiable e *indolora*. Contar con las herramientas necesarias, transparentes y optimizadas, para la recogida de datos en farmacias, en centros sanitarios, en dispositivos *-wearables-*, etc., implica la realización de un constante esfuerzo en innovación; sólo los que estén a la altura de los tiempos e inviertan lo suficiente en I+D sobrevivirán en este negocio.

Los datos, el petróleo de nuestro siglo, no funcionan por sí mismos, sino que hay que saber domesticarlos para generar conclusiones. Esto me lleva al segundo desafío que me gustaría resaltar: el talento. El auténtico negocio de los datos consiste en generar valor para los clientes; para ello, es imprescindible contar con un equipo humano excepcional, que leyendo resultados construya estrategias, soluciones, mejoras de negocio. La brecha entre la oferta y la demanda de habilidades analíticas se calcula que está en Estados Unidos entre el 40 y el 50 por ciento. Se nos hace imprescindible contar con personas extraordinarias que integren equipos talentosos, que a su vez *contagien* a nuevos equipos. Seguir reteniendo y alimentando esos talentos ha de ser uno de los principales objetivos de las *refinerías de datos*.

Hoy sabemos que se necesitaron décadas para que el negocio del petróleo funcionara bien. A medida que avanza la economía de datos, tenemos que ir superando esta serie de retos y afrontando otros nuevos. Los que llevamos muchos años en este sector nos vemos en la obligación moral -y empresarial- de mantenernos vigilantes: debemos asegurarnos de que se mantienen los estándares -de calidad, de responsabilidad, de innovación- para conseguir que esta nueva construcción socioeconómica *datista* se base en las decisiones más informadas e inteligentes.

Marco Patinha

Director general de hmR España

Una persona puede generar un millón de gigabytes -unos 300 millones de libros- en datos relacionados con su salud durante toda su vida. ¿Cuántas mejoras en productos y servicios de salud se pueden implementar con ellos?



STÉFANOS TSAMOUSIS

Director general de Roche en España

ALBERTO VIGARIO

El griego Stefanos Tsamousis aterrizó hace dos años en Madrid para dirigir la filial española de Roche, una de las más importantes en el terreno de la investigación para la multinacional farmacéutica suiza. En este tiempo, la compañía -además de sacar al mercado español cuatro nuevos fármacos- ha experimentado uno de sus mayores cambios al estrenar una nueva sede, un espacio de 12.000 metros cuadrados, que se ha convertido en el primer edificio de oficinas de España en el que el 100 por ciento de sus instalaciones usa gases naturales y respetuosos para la atmósfera.

¿Cuáles han sido los mayores cambios de la compañía en estos dos años bajo su dirección?

El mayor éxito que hemos tenido en Roche en los últimos dos años ha sido la introducción de la innovación en España. En este tiempo, hemos sacado al mercado español hasta 14 innovaciones, entre cuatro productos nuevos y otras 10 nuevas indicaciones, y esto es muy importante en el mercado farmacéutico. En el mejor de los casos, una empresa suele tener una innovación cada dos años, y en los últimos dos años hemos tenidos 14 presentaciones diferentes. Y esto es un gran éxito porque la responsabilidad principal que tengo y la empresa tiene en España es asegurarme de que un producto que esté

"Ahora mismo, tras EEUU, España es el país donde Roche realiza más investigación en el mundo"

disponible en Europa y en Estados Unidos, esté también disponible para el pueblo español. Así que esto es para mí nuestro mayor éxito.

¿La nueva sede también ha sido un reto importante?

Por supuesto. En los últimos dos años hemos estado trabajando duro para tener esta nueva sede, que en cierto sentido es una expresión de llevar a Roche hacia el futuro. La eliminación de gases con efecto invernadero fue el detonante de este cambio de sede. Se trata del primer edificio de oficinas de España en el que el 100 por ciento de sus instalaciones usa gases naturales y respetuosos para la atmósfera. Y toda la energía eléctrica contratada proviene de energías renovables. Además, hicimos una fuerte apuesta por las tecnologías. La conectividad que tenemos en este edificio es probablemente la más avanzada, no sólo en la industria farmacéutica, sino en todas las industrias. Hemos creado un entorno en el que es muy fácil conectar unos con otros y eso hace más trabajar en equipo. La razón de ser de esta inversión que hemos realizado es que queremos ser la estructura y el entorno que esté más vinculado al futuro en este momento. Y queremos impulsar a nuestra gente a trabajar de manera diferente, a pensar de manera diferente y ser más productivos de una manera eficiente.

¿En qué consiste esa nueva forma de trabajar para los empleados?

Realmente es un cambio de cultura. Y estoy muy orgulloso porque toda la empresa se ha involucrado en este cambio. Todos juntos decidimos que debemos ser capaces de permitir que todos hablen, planteen ideas y permitan que los individuos tengan éxito y estén satisfechos trabajando en Roche. Creemos firmemente que la innovación está ligada a la libertad individual de operar. Y ahora hay gran diferencia en la participación de las personas, en cómo interactúan entre sí. Y creo firmemente que este cambio está todavía en marcha, no está terminado, pero va a marcar una gran diferencia, porque una empresa moderna tiene que operar de esa manera.

La otra gran apuesta en España es el centro informático. ¿Hay nuevos planes de inversión para esta división?

Sí. Roche ha decidido que este centro tenga la capacidad de servir a todo el mundo desde Madrid. Por lo tanto, será un centro de informática global y la inversión está creciendo en estos momentos. Ahora mismo invertimos 30 millones cada año. Hoy tenemos ya 350 personas permanentes, pero tenemos otras 250 al menos de manera temporal con lo que en total hay 550



E. SENRA

“La nueva sede en Madrid es el edificio más sostenible de todo el país”

“Hemos lanzado 14 innovaciones en España en los dos últimos años”

“El fármaco Perjeta, para cáncer de mama, es para mí el mayor orgullo”

y va en crecimiento. Esperamos que este número crezca porque vamos a seguir invirtiendo en este centro de negocios, porque manejará todos los datos de Roche en todo el mundo y esto es tremendo. Así que este centro va a convertirse en uno de los ejemplos no sólo para el mundo de Roche, sino que creo que va a ser un gran ejemplo para la industria farmacéutica y otras industrias por su excelencia. Y va a ser posible porque los responsables españoles están haciendo un trabajo fantástico y han creado, no sólo un entorno donde el empleo español puede llegar, sino que también atrae a un montón de talentos de todo el mundo. Ahora mismo tenemos 25 nacionalidades distintas.

¿Cuál ha sido la innovación farmacéutica de la que se siente más orgulloso por su contribución a los pacientes?

En los dos últimos años hemos lanzado en España medicamentos como *Kadcyla*, *Erivedge*, *Zelbo* y *Cotellic*, *Avastin*, *Perjeta* y *Gazyvaro*. Cada uno de ellos es muy importante porque han supuesto un avance único para los pacientes que ahora pueden usarlo. Si tengo que elegir hoy uno, sería *Perjeta*. Es un tratamiento para el cáncer de mama, donde hace unos años habíamos sacado otro producto, *Herceptin*, y era nuestro fármaco más importante. Durante estos años, nadie creía que podría llegar algo nuevo que mejorara este tipo de cáncer, el *HER2+*, y Roche ha seguido trabajando durante muchos años y al final hemos desarrollado *Perjeta*, que en combinación con *Herceptin* aumenta la supervivencia global en un 30 por ciento. Este dato es tremendo, pues supone pasar de 12 a 18 meses. El desarrollo de este área ha continuado y hoy estamos contentos porque tenemos otras tres nuevas moléculas para el cáncer de mama que ayudará a más pacientes a tener éxito.

En comparación con otros mercados, ¿cree que estos medicamentos llegan a los pacientes españoles antes o después que a otros países?

He trabajado en Grecia, Italia, Suecia y Suiza, y también con responsabilidades en toda Europa y cada mercado es diferente, cada sistema de salud es diferente. Todo el mundo tiene un proceso y algunas veces en unos países es más corto que en otros. Pero para mí lo importante en estos dos años en España es que he visto que hay una muy buena cooperación entre nosotros -la industria- y las autoridades sanitarias para ir tan rápido como sea posible. La percepción que tengo del sistema hoy es que está funcionando, pero lo único que viene a mi mente y lo voy a



E. SENRA

mentar es que aunque hoy hemos encontrado una manera de trabajar junto con las autoridades el futuro se hará más complejo. Y no creo que nosotros o las autoridades estén listos para esta complejidad. Por lo tanto, es muy necesario que todos juntos trabajemos hoy para poder tener un sistema de salud sostenible en los próximos cinco años. Debido a que el mundo será muy complejo, mucha más innovación surgirá de muchas empresas, y creo que es importante que el sistema sea capaz de manejar esto de una manera eficiente para que no haya grandes retrasos en llegar a los pacientes.

¿Cuáles son los planes de inversión de la compañía en España en los próximos años?

Sin duda una de las apuestas que vamos a hacer es invertir en el centro de informática con el fin de obtener las ventajas que tenemos en la tecnología. La intención es hacerlo más grande de lo que es hoy. También vamos a seguir apostando por el centro de Roche para el cuidado de la diabetes en

“El sistema de salud español funciona por la colaboración de todos”

“Tenemos 12.000 pacientes en España en estudios clínicos”

España, que está ubicado en Barcelona. Es otro centro de informática, de otra parte de nuestra organización, no la farmacéutica, y que también es muy significativo para la compañía. Pero, sin duda, lo más importante para nosotros, y creo que probablemente ésta es la mayor inversión que hacemos en España, será nuestro desarrollo de investigación. Estamos invirtiendo anualmente más de 100 millones de euros en España en estudios clínicos, en investigaciones y en el desarrollo de diferentes proyectos. Esta es la principal fortaleza de nuestra empresa y creo que la mayor contribución que traemos a España y a la sociedad española.

¿En qué se concreta esa inversión en investigación en España?

En España estamos investigando actualmente en 15 moléculas en colaboración con más de 100 organizaciones de salud e instituciones. Tenemos hoy más de 12.000 pacientes en estudios clínicos. Esto significa que somos el número uno después de Estados Unidos en la contribución en los estudios clínicos de Roche en todo el mundo. Es un orgullo para toda la filial y significa también una enorme contribución a todo el sistema de salud en España, porque muchas de estas personas en España han podido acceder a estas innovaciones de una manera rápida y sin coste alguno para el sistema. Y creo que esto es el mejor ejemplo de lo que una empresa innovadora está trayendo directamente a España. Ésta va a ser nuestra mayor inversión en los próximos años porque la previsión que tenemos es que nuestro número de estudios clínicos en España va a seguir creciendo.

Roche es la única gran farmacéutica que ha decidido no entrar en el mercado de los fármacos biosimilares. ¿Por qué?

La identidad de la compañía desde su fundación por la familia Roche hace 100 años ha sido la innovación y esta es la filosofía que tiene en marcha la empresa. Roche invierte cada año en investigación más de 10.000 millones de dólares, la mayor cantidad en I+D, por encima de Microsoft. Así que esta es una inversión que hasta la fecha está funcionando bien para nosotros, porque como he mencionado en los últimos dos años tenemos 14 nuevos productos e indicaciones, y en los próximos tres años tenemos otros 15 productos diferentes. Cuando tienes una cartera de productos tan fuerte no necesitas buscar la inversión en biosimilares. Si se da cuenta, las empresas que han invertido en biosimilares son empresas que se encontraron un atasco en la llegada de nuevos productos. Mientras nuestra investigación siga funcionando, no hay razón para invertir en otras cosas. Además,



EE

“No entramos en biosimilares. **Nuestra investigación funciona**”

“Cuando compramos una empresa **sigue siendo autónoma**”

“No creo que se dé nunca una **fusión entre Roche y Novartis**”

creemos que a medida que avanzamos hacia el futuro, sólo la innovación podrá ser recompensada por los sistemas de salud, porque las autoridades sólo podrán financiar aquellos productos que sean de verdad diferentes para los pacientes.

De todas formas, la llegada de estos biosimilares sí supondrá una competencia directa para alguno de sus productos...

Los biosimilares competirán como lo hacemos con otros productos, es decir, respetando el marco legal. Esto es extremadamente importante, especialmente cuando se trata de esta área. Nosotros promovemos la idea de tener una competición abierta. Creo que desde el punto de vista económico, el mercado se beneficiará más si la competencia es abierta, transparente y continua. No creo en la limitación de uno u otro competidor. De todas formas, preferimos centrar nuestros recursos y nuestra mente de acertar en el futuro con nuestras innovaciones más que discutir con los competidores futuros, como está sucediendo hoy en día.

Su compañía nunca aparece en los rumores de grandes fusiones que está habiendo en el mercado. ¿Descarta una futura gran operación de compra o fusión?

En los últimos 20 años, Roche tiene un modelo muy específico de crecimiento que no existe en ninguna otra empresa en el mundo. El ejemplo perfecto fue la operación con Genentech, que es la mayor empresa de biotecnología del mundo. Cuando Roche adquirió Genentech, ésta era una empresa muy pequeña, pero la decisión que adquirió Roche, que fue una de las decisiones más importantes que tomó en su historia, fue dejar a Genentech de manera independiente. Dentro del grupo Roche, pero funcionando como lo venía haciendo. Y así ha conseguido ser lo que es hoy en día. Exactamente lo mismo hicimos con Japón, cuando Roche adquirió Chugai. Hoy sigue como una empresa que funciona con éxito por separado. Y ninguna otra empresa ha hecho esto. Cuando adquirimos una empresa, queremos dejar que el talento de esta empresa funcione como estaba trabajando antes.

¿Nunca habrá por tanto una gran fusión entre Roche y Novartis?

Esa es la gran pregunta de los últimos 20 años... Por lo que sé, no hay ninguna intención de hacer algo así ni ahora, ni el futuro. Creo que Roche seguirá respetando su identidad independiente de los últimos 100 años.



Carlos Garrido-Allepuz

Director Científico de Helix BioS

Esta posible epidemia empieza a preocupar seriamente a profesionales y gestores de nuestro Sistema Nacional de Salud, que verían cómo el gasto anual en esta partida aumentaría sensiblemente, hasta límites insostenibles

La bioinformática, una nueva solución para frenar la diabetes

En las últimas tres décadas el número de pacientes de diabetes mellitus (DM) se ha cuadruplicado en todo el planeta. Unas métricas que van a más teniendo en cuenta el paulatino envejecimiento de la población, el sedentarismo imperante y los malos hábitos alimentarios. Esta posible epidemia empieza a preocupar seriamente a los profesionales sanitarios y a los gestores de nuestro Sistema Nacional de Salud, que verían como el gasto anual en esta partida aumentaría sensiblemente, hasta límites insostenibles.

No hace mucho se publicaban los resultados del estudio *Chrystal*, el primero en medir el impacto económico de la asistencia informal de la diabetes tipo 1 en menores de 18 años, según el cual este tipo de pacientes suponía a las arcas públicas unos 4.600 euros por persona y año.

Algo más antiguo, de 2013, es el informe *Costes sanitarios de la población con DM tipo 2 en el País Vasco*, elaborado por un grupo de investigadores liderado por Roberto Nuño-Solinís, de la Deusto Business School Health. Según éste, el gasto sanitario anual de una persona con esta variante de la enfermedad, la más habitual, ascendió a 3.432 euros. Los costes se incrementaron progresivamente con la edad, hasta 4.313 euros para personas

de entre 80 y 84 años. El informe también indica que este gasto fue un 68,5 por ciento mayor para personas con DM tipo 2 que para otros pacientes con enfermedades crónicas.

Obviamente no podemos generalizar tomando como referencia estos resultados, pero sí hacemos una idea de lo que supondría para las arcas públicas ese constante aumento de pacientes de diabetes: un notable incremento del gasto medio por habitante, que actualmente ronda los 1.400 euros al año en España.

Ante tales previsiones, han empezado a plantearse estrategias para evitar que el sistema sea insostenible llegado el momento crítico, y medidas de prevención para retrasar su aparición. También nuevos tratamientos, más sencillos y económicos, que mejoren la adherencia del paciente y ahorren recursos al sistema reduciendo las visitas médicas y las complicaciones de su enfermedad -cardiopatía isquémica, ictus, retinopatía, insuficiencia renal, etc.-, que precisan hospitalizar al paciente y aumentan el coste de la enfermedad desproporcionadamente.

Sin embargo, todavía son aisladas las iniciativas que se decantan por las nuevas herramientas tecnológicas que existen para mejorar los ratios de detección precoz. En la actualidad ya es posible combinar bioinformática con genómica, con

proteómica, con metabolómica y con farmacogenómica para explorar la fisiopatología de cada paciente y detectar el riesgo al que está expuesto un individuo para desarrollar la enfermedad.

Para aquel que ya la padece, estas herramientas pueden ser útiles para darle a cada persona su terapia personalizada. Cada paciente tiene diferentes síntomas, comorbilidades, predisposición genética, sensibilidad molecular a los fármacos... Variables que pueden controlarse a través de la bioinformática, evitando que la dolencia se complique y que el enfermo se vea obligado a acudir al hospital de forma urgente y, a menudo, a quedarse ingresado.

A nivel mundial no existen aún muchas iniciativas que tengan en cuenta estos detalles. Un ejemplo aislado es Direct Diabetes, un consorcio coordinado por las farmacéuticas Sanofi y Lilly y por la Universidad de Dundee (Reino Unido), y en el que están implicados otros socios farmacéuticos y decenas de instituciones académicas y empresas de biotecnología. Éste nació en 2012 con el objetivo de identificar biomarcadores y definir subtipos con desarrollo y progresión rápida de la DM.

Los miembros de esta entente firmaron poco después un acuerdo para compartir conocimientos entre sí y compartir sinergias, de manera que se multiplicasen los logros para luchar contra esta enfermedad, tanto en la localización de biomarcadores como en la realización de ensayos clínicos de nuevos medicamentos destinados a mejorar complicaciones vasculares diabéticas.

De esta manera surgió la Plataforma de Diabetes IMI, que cuenta con un presupuesto conjunto de 100 millones de euros y la participación de más de 300 expertos en diabetes. Un equipo multidisciplinar en el que no faltan bioinformáticos encargados de

clarificar la ingente cantidad de información y conocimiento que se ha generado y que se generará a lo largo de los procesos de I+D del consorcio. Sus herramientas de gestión de *Big Data* incluyen parámetros genómicos, como la interacción de los cambios en el medio ambiente y el estilo de vida con la predisposición genética.

También aparecen parámetros transcriptómicos, que estudian de forma cuantitativa todos los genes expresados en un estado biológico. Gracias a ello, pueden medirse todas las diversas formas de ARN producidas por la transcripción del ADN en una célula o tejido.

De la misma forma se trabaja también con la proteómica para identificar y cuantificar el gran número de productos proteicos de un genoma. Con la metabolómica, que identifica y cuantifica millones de partículas metabólicas de pequeñas moléculas a través de resonancias magnéticas o espectroscopias de masas. En definitiva, con todas estas y otras *ómicas*, que han demostrado su utilidad a lo largo de los últimos años para identificar nuevos factores de riesgo para la DM y para sus comorbilidades: retinopatía, neuropatía, nefropatía, macrovasculopatía...

Desgraciadamente, nuestro país apenas tiene representación en la Plataforma IMI, de la misma forma que tampoco cuenta con proyectos de calado para frenar la expansión de la DM. Y sin embargo, España es una de las grandes interesadas en encontrar soluciones por la estructura de su sistema sanitario, y para ello cuenta con un buen número de profesionales en la materia. Es hora de ponerlos a trabajar para evitar una nueva crisis.

Carlos Garrido-Allepuz

Director Científico de Helix BioS

Cada paciente tiene diferentes síntomas, genética y variables que pueden controlarse a través de la bioinformática, evitando que la dolencia se complique y que el enfermo se vea obligado a acudir al hospital

LA MINISTRA RENUNCIA A LA REFORMA DEL SNS

Dolors Monserrat no contempla alcanzar grandes acuerdos en esta legislatura después de que los socialistas exhiban un frente común en el CI para demoler los cambios introducidos en 2012

JUAN MARQUÉS



Dolors
Monserrat,
ministra de
Sanidad. EFE

Las reformas y los grandes acuerdos en sanidad, ni están ni se esperan. Al menos en esta legislatura. Ni tan siquiera hay un plan o hoja de ruta como sí hubo en la primera legislatura de Mariano Rajoy con mayoría absoluta, a pesar de que tanto las comunidades autónomas, como los profesionales y expertos del sector reclaman cambios urgentes en la financiación, una regulación para incorporar la innovación a la cartera de servicios con garantías y un nuevo modelo de recursos humanos que acabe con la temporalidad en el sector y las ineficiencias del régimen estatutario.

El primer pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con el que se estrenaba la ministra, Dolors Montserrat, después de ocho meses en el cargo, decepcionó. Adoleció de la misma falta de ambición que los anteriores y ni tan siquiera abordó la subida de las listas de espera que tanto preocupa a los ciudadanos, pese a un orden del día maratónico de 31 puntos.

Las cuestiones aprobadas el pasado 21 de junio fueron más de lucimiento para los titulares de Sanidad que medidas efectivas para garantizar la cohesión, equidad y viabilidad de una sanidad pública que el Partido Socialista y Podemos quieren universal sin ningún límite y gratuita sin rastro de copagos. Una palabra esta última maldita y que ya ha desaparecido del vocabulario de la ministra después de avanzar su intención a principios de enero de que “paguen más quienes más tienen”. Más tarde, y tras la polémica levantada, tuvo que corregirse y zanjar en el Congreso a la baja con un “que pague menos quien menos tiene”.

Los consejeros socialistas de Sanidad aprovecharon el último Pleno para hacer frente común y reclamar una vez más la derogación del Real Decreto 16/2012, que introdujo las únicas reformas de calado económico que se han aprobado y llegado a aplicar en la última década.

Desde el paso de la exministra Ana Mato por el Ministerio de Sanidad, ya no se ha vuelto a avanzar en ninguna medida dirigida a garantizar la sostenibilidad de un Sistema Nacional de Salud mantenido artificialmente gracias a la deuda. El propio exministro Alfonso Alonso abortó cualquier intento de profundizar en la línea marcada por el decreto e incluso dio marcha atrás a medidas aprobadas que nunca obtuvieron el consenso de las comunidades autónomas, como la implantación de copagos en los servicios incluidos dentro de la cartera común suplementaria.

Sin la posibilidad de forjar nuevas alianzas políticas para sacar adelante reformas de consenso con un Partido Socialista cerrado en banda y



Último Consejo Interterritorial
de consejeros sanitarios y
Ministerio. EE

dispuesto a demoler las reformas aprobadas en 2012, la ministra de Sanidad, Dolors Montserrat, se estrenó con la convocatoria de un pleno del Consejo Interterritorial tan cargado de temas como vacío de contenidos que se puedan relacionar con reformas necesarias del sistema.

Los consensos se limitaron a acuerdos de reparto de dinero y al lanzamiento de estrategias nacionales que ni son nacionales ni tampoco cuentan con fondos para impulsarlas de forma efectiva. El rechazo de los consejeros socialistas y nacionalistas a que el Consejo Interterritorial asuma un papel ejecutivo, tal y como se proponía en un nuevo reglamento, es significativo del alcance que tiene este órgano de coordinación de la sanidad española, cuyas decisiones no son vinculantes como tampoco son las leyes de obligado cumplimiento, tal y como han demostrado regiones como la Comunidad Valenciana o el País Vasco al subvencionar el copago farmacéutico o dejar en papel mojado el nuevo sistema de aseguramiento sanitario.

Los acuerdos alcanzados en el último Interterritorial no fueron más allá del

Estrategias, acuerdos y reparto de fondos

El Consejo Interterritorial sirvió tan solo para empezar la coordinación de la convocatoria con las autonomías de la Oferta Pública de Empleo "histórica" que incluía 129.700 plazas sanitarias, una coordinación que no debe ser muy estrecha, ya que la ministra echó de menos la participación de los consejeros en la Comisión de Recursos Humanos de su departamento. También se anunció una Estrategia Nacional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), coincidiendo con el Día Mundial de esta dolencia.



Fachada del
Ministerio de
Sanidad.
N. MARTÍN

compromiso de las regiones a ampliar el Plan Nacional de la Hepatitis C para tratar con los nuevos antivirales de última generación a todos los pacientes diagnosticados con el virus bajo prescripción médica, cerca de 60.000 pacientes más que presentan una fibrosis más leve (F0 y F1) y que se suman a los 76.000 ya tratados.

El coste para las arcas regionales de estos tratamientos que curan la enfermedad supera ya los 1.600 millones de euros, que se podrían disparar hasta los 2.200 millones cuando se trate a todos los pacientes. La extensión del programa hasta 2020 no contará ya con el respaldo de un Fondo de Liquidez Autonómico extraordinario, sino que correrá a cargo de los presupuestos autonómicos.

Precisamente abordar la financiación sanitaria dentro del Consejo Interterritorial fue una de las reclamaciones del Partido Socialista que la ministra cerró con su compromiso de convocar un pleno monográfico sobre esta cuestión "en próximas fechas", que será cuando concluya sus trabajos la Comisión de Política Fiscal y Financiera.



Juan Cosin Sales

Jefe de Sección de Cardiología
del Hospital Arnau de
Vilanova de Valencia

Está aprobada y llegará
en los próximos meses
a España la nueva
presentación de la
polipíldora
cardiovascular,
codesarrollada por
Ferrer y el Centro
Nacional de
Investigación
Cardiovascular (CNIC)

Cifras españolas de la coste-eficacia de la polipíldora CV

Este año se abre un escenario nuevo en el ámbito de la prevención secundaria cardiovascular - prevenir un segundo evento-, ya que está aprobada y llegará en los próximos meses a España la nueva presentación de la polipíldora cardiovascular, codesarrollada por Ferrer y el Centro Nacional de Investigación Cardiovascular (CNIC). Esta estrategia terapéutica aúna en una sola cápsula tres tratamientos recomendados por las guías europeas para la prevención secundaria, es decir, ácido acetilsalicílico, ramipril y atorvastatina, y la novedad de la nueva formulación es que aumenta la dosis de atorvastatina, abriendo la puerta de este tratamiento a un número significativamente mayor de pacientes.

Además, por primera vez se ha desarrollado en España un estudio farmacoeconómico de coste-efectividad, publicado en *Revista Española de Cardiología*, que pone de manifiesto que el tratamiento con la polipíldora cardiovascular podría reducir más eventos cardiovasculares que tomando los monocomponentes por separado en un periodo de 10 años. Además, en este estudio se concluye que el uso de polipíldora CV es coste-efectivo comparado con el uso monoterapia por separado, utilizando un umbral de 30.000 euros por año de vida ajustado por calidad. Esto produciría un potencial ahorro económico para el Sistema Nacional de Salud, ya que en el plazo de 10 años se evitarían 46 eventos cardiovasculares no

fatales -entre ellos 17,5 infartos o 19,6 revascularizaciones- y 12 eventos cardiovasculares fatales por cada 1.000 pacientes tratados con la polipíldora, de forma adicional a lo que ya consiguen los componentes por separado. Esto es debido a que la polipíldora consigue una mayor adherencia a la medicación, es decir, los pacientes abandonan con menor frecuencia estos tratamientos.

Desde el punto de vista de los profesionales implicados en el manejo del paciente con riesgo cardiovascular, la llegada de la nueva presentación de la polipíldora supone una nueva oportunidad para seguir avanzando en un terreno retador, ante una población con envejecimiento progresivo, formada por pacientes crónicos con patología cardiovascular demandantes de cuidados médicos. No debemos olvidar que las enfermedades del corazón siguen siendo la primera causa de muerte en España, por lo que hay mucho camino por recorrer. Y, en este sentido, la prevención cumple un papel clave, no solo para frenar el impacto social de estas patologías, sino también el socioeconómico para velar por la sostenibilidad del sistema sanitario. Por ejemplo, cabe destacar que, dentro de las enfermedades cardiovasculares, están las que producen afección directa al cerebro, y este estudio pone de manifiesto que cada paciente con un ictus no mortal genera un coste para el sistema de 4.950 euros en su fase aguda, y de 1.043 euros en cada trimestre posterior.

Novartis España



Creando valor

Innovación | Compromiso industrial | Gestión responsable y sostenible | Empleo

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



¿HASTA CUÁNDO ES SOSTENIBLE UNA SANIDAD ENDEUDADA?

El economista Félix Lobo advierte que el SNS “pagaría muy cara una nueva crisis” ante el nivel de endeudamiento que acumula y la falta de financiación que todavía no ha resuelto

JUAN MARQUÉS

El profesor Guillem López-Casasnovas ha descrito gráficamente el reto al que se enfrentan los sistemas de salud, incluido el español: hay 400 nuevos medicamentos oncológicos que están pidiendo pista para aterrizar y no sabemos quién se sienta en la torre de control, ni dónde está el radar para prever o anticipar esta situación que no se resuelve con la construcción de nuevas terminales, como así se ha hecho con el fondo creado para financiar los nuevos antivirales contra la hepatitis C y que en dos años y medio ha requerido una inversión de 1.750 millones de euros.

Se refería de esta forma el catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra a la solvencia del Sistema Nacional de Salud, pero en su capacidad para resolver situaciones nuevas, según precisó durante la presentación del libro de Funcas *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud en España*, escrito por Félix Lobo, catedrático de Economía y director del Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos de la Universidad Carlos III de Madrid.

La financiación de la innovación es, sin duda, uno de los grandes



desafíos que los gobiernos tienen por delante y que requiere, en primer lugar, determinar qué es innovación, porque “hay algunos medicamentos que sólo han sido disruptivos en el precio, no en el valor”, advirtió José Ramón Repullo, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Sanidad durante el mismo acto de presentación.

Hay que tener en cuenta que el coste de un robot quirúrgico *Da Vinci* asciende a dos millones de euros y que el tratamiento para la hepatitis C con Sovaldi (sofosbuvir) salió al mercado por 84.000 dólares y la nueva terapia para la atrofia muscular espinal cuesta 625.000 dólares al año.

Pero antes de plantear el dilema entre elevar la presión fiscal o recurrir a más recortes para costear el SNS como parte del Estado del bienestar que Félix Lobo resuelve a favor del aumento de los impuestos, el economista detecta un problema de falta de gobierno y de liderazgo en la sanidad. “No sabemos dónde queremos ir”, asegura este experto, por lo que también resulta difícil aprender lecciones del pasado para prevenir. “Lo peor que le podría pasar al Sistema Nacional de Salud es que España tuviera en el futuro otra crisis de gran magnitud”, alertó durante la presentación del libro.

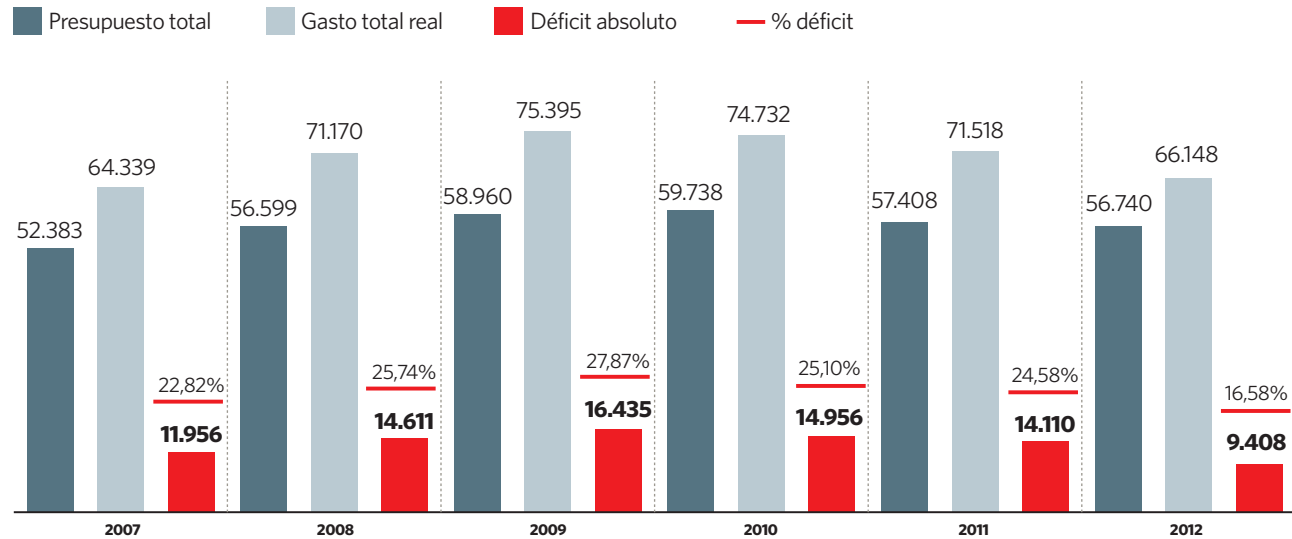
La financiación de la sanidad sigue siendo, por tanto, un problema pendiente en España, que el recurso a la deuda a través de los diferentes mecanismos de liquidez dispuestos por el Estado a partir de 2012 no puede ocultar. Por eso, Lobo advierte también que “la vía del déficit y la deuda es una vía muerta que no debemos volver a recorrer, si queremos escarmentar de nuestros errores, cumplir nuestros compromisos y ser solidarios con nuestros jóvenes y generaciones venideras”.

Precisamente poner el contador a cero de la deuda ha sido el mecanismo utilizado por el Estado desde 2002, cuando se transfirieron las competencias sanitarias al conjunto de las regiones, para resolver los problemas de financiación de la sanidad. Un instrumento al que ya no se puede recurrir, una vez que el gasto público en sanidad está constreñido por el orden fiscal europeo de estabilidad y crecimiento, advierte Félix Lobo.

Y es que desde los años ochenta, el sistema sanitario público ha gastado más que lo establecido en el presupuesto, contribuyendo al déficit público de manera notable, recuerda Lobo. Aún en los años de bonanza económica había deuda sanitaria por valor de 5.574 millones de euros, según datos de la Intervención General del Estado para 2005. Un montante que se incrementó hasta los 16.000 millones de euros de 2011 en facturas

Insuficiencia presupuestaria en sanidad de España

Comunidades autónomas. En millones de euros



Informe sobre el envejecimiento 2015. Proyecciones presupuestarias. 2013-2060 (% del PIB)

ESCENARIO BASE	ESPAÑA				ZONA DEL EURO			
	2013	2020	2040	2060	2013	2020	2040	2060
Gasto público en asistencia sanitaria	5,9	6,2	7,0	7,0	7,0	7,2	7,7	7,7
Gasto público en cuidados de larga duración	1,0	1,2	1,6	2,4	1,7	1,9	2,4	3,0

ESCENARIO DE RIESGO "AWG" (INNOVACIÓN CRECIENTE)	ESPAÑA				ZONA DEL EURO			
	2013	2020	2040	2060	2013	2020	2040	2060
Gasto público en asistencia sanitaria	5,9	6,4	7,8	7,8	7,0	7,4	8,3	8,4
Gasto público en cuidados de larga duración	1,0	1,3	2,1	3,9	1,7	2,0	3,0	4,3

Fuente: MSSSI y Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2015.

elEconomista

5.574
Aún en los años de bonanza económica la deuda sanitaria rozaba los 6.000 millones de euros

de proveedores cuyo pago se retrasa o se guarda en los cajones.

Se estimaba que, sobre el presupuesto total, la deuda a proveedores sanitarios suponía en torno al 20 por ciento para el conjunto de las regiones. “Ya no se trataba solo de una crisis de sostenibilidad a largo plazo, sino de una auténtica crisis de solvencia del sistema sanitario a corto plazo”, según señala López-Casnovas en una cita recogida en el libro. “Ahora las deudas afloran a la luz, pero su financiación se traslada al prestamista en última instancia, el BCE, quien compra buena parte de la deuda española”, asegura el autor del libro en referencia a los distintos planes de pagos a proveedores.



Gonzalo Peñaranda

Director general de Aora Health

Sobre este mercado hay que reconocer que ha existido y existe una gran cantidad de oferta de productos con múltiples indicaciones y dudosas promesas que genera desconfianza en el consumidor sobre su eficacia real

¿Por qué incorporar los nutraceuticos a tu vida?

Según un nuevo informe de mercado realizado por Transparency Market Research de Albany, Nueva York, el mercado global de los productos nutraceuticos alcanzará los USD 204,8 mil millones en 2017. Sin embargo, su consumo en España es aún muy reducido en relación a los países de nuestro entorno. ¿A qué se debe la falta de concienciación sobre los beneficios de estos productos y la necesidad de incorporarlos a nuestra vida diaria? ¿Estamos los españoles menos preocupados por nuestra salud? ¿Llevamos una vida más saludable, o una dieta más equilibrada?

Dar respuesta a todas estas preguntas sería demasiado complejo en unas pocas líneas; sin embargo, a las empresas especializadas en el desarrollo de nutraceuticos nos gustaría que se tomara el reto de plantearte cada una de ellas, así como analizar los motivos por los que aún de manera generalizada consideramos extraño complementar nuestra alimentación básica con productos especialmente diseñados para mejorar nuestra calidad de vida.

En primer lugar, consideramos que el desconocimiento sobre lo que son realmente estos productos puede incidir a la

hora de evitar su uso. La denominación es relativamente nueva y no se ha grabado aún en la conciencia del consumidor. Además, hay que reconocer que ha existido y existe una gran cantidad de oferta de productos con múltiples indicaciones y dudosas promesas que genera desconfianza sobre su eficacia real.

El término *nutraceutico* fue acuñado en 1989 por el Dr. Stephen DeFelice, presidente de la Fundación para la Innovación en Medicina (*Foundation for Innovation in Medicine, FIM*), en Cranfor, Nueva Jersey, Estados Unidos, partiendo de los conceptos *nutrición* y *farmaceutico*.

Se definió como “un alimento o parte de un alimento que proporciona beneficios médicos o para la salud, incluyendo la prevención y/o el tratamiento de enfermedades”.

Realmente, DeFelice puso nombre a un concepto que venía siendo utilizado por el hombre desde el paleolítico y que ya se encontraba en pleno desarrollo en diferentes culturas, donde ya utilizaban los alimentos como medicamentos desde hace miles de años.

Sin embargo, en una sociedad moderna como la nuestra, donde estamos enfocados a la inmediatez, estamos

acostumbrados a preocuparnos por las cosas cuando ocurren y no tanto a combatir las antes de su aparición. Tratamos las enfermedades cuando ya las sufrimos, sin darnos cuenta que podemos ayudarnos a nosotros mismos y evitar muchos problemas de salud por medio de la prevención.

Por otro lado, somos permanentes consumidores de tendencias, incorporamos gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías muchísima información de fuentes diversas, que van creando opiniones e ideas preconcebidas en nuestro subconsciente, las cuales asimilamos como verdades absolutas y marcan nuestras pautas de comportamiento. Por ejemplo, si nos preguntamos sobre nuestro país estaremos de acuerdo en afirmar las bondades de su clima, la variedad de su comida, la dieta mediterránea que es beneficiosa para nuestra salud... si la tomáramos. Si bien podemos asumir esas afirmaciones como ciertas, no deberíamos ignorar que la alimentación es un factor esencial para nuestro organismo.

Hoy en día es absolutamente indiscutible por la ciencia y la medicina, que para diversas patologías, es necesario un control preciso y exhaustivo de los nutrientes que estos pacientes ingieren. Mediante la alimentación de usos médicos especiales, pacientes oncológicos, pacientes quemados, personas mayores y muchos otros, reciben dietas enterales con nutrientes personalizados a su situación.

De la misma manera, en atletas de élite, nadie duda hoy que los nutricionistas especializados, que controlan al máximo detalle el aporte de nutrientes de estos atletas, son parte esencial de los éxitos alcanzados.

¿Somos diferentes el resto de humanos? La respuesta es no. Se debe trabajar precisamente para que, aunando tradición, ciencia e investigación se avance hacia la alimentación del futuro, que será más personalizada a la situación y momento de cada persona y que contribuye a seguir avanzando en la prevención, mejora de la salud, longevidad y calidad de vida de los seres humanos.

Para conseguirlo, hay que trabajar con los centros de investigación especializados en cada área de aplicación, identificar las moléculas bioactivas presentes en la naturaleza y que pueden representar un beneficio para nuestro organismo, combinándolas buscando sinergias entre ellas en la funcionalidad identificada, nos aseguramos que el cuerpo absorbe las cantidades adecuadas, que son estables, etc. Mediante estudios clínicos supervisados por especialistas evidenciamos que lo que hemos realizado en el laboratorio tiene un efecto real en las personas, y aunque parezca mentira... ¡de momento funciona!

Somos varias empresas en el mundo que investigamos, probamos, trabajamos con rigor y ofrecemos soluciones nuevas a problemas antiguos y a otros nuevos que van surgiendo. Entre todos vamos a ir ofreciendo productos eficaces que se incorporen a los hábitos de nuestra vida y nos ayuden a vivir mejor, podremos reducir el gasto global sanitario -que pagamos entre todos- y acelerar este cambio.

Para ello es imprescindible que se actúe invirtiendo en salud, en cuidar la alimentación y suplementar, adaptado a tu circunstancia, con nutracéuticos de calidad.

Gonzalo Peñaranda

Director general de Aora Health

Hoy en día es absolutamente indiscutible por la ciencia y la medicina, que para diversas patologías, es necesario hacer un control preciso y exhaustivo de los nutrientes que estos pacientes pueden ingerir

AUTOCUIDADO DE LA SALUD, NECESIDAD LABORAL

Los beneficios que puede reportar un correcto autocuidado en el ámbito del trabajo -no sólo físico, sino también emocional-, son numerosos y deben fomentarse. Ahora bien, siempre desde la prudencia, pues una mala práctica puede resultar perjudicial



Dra. Sonia Vidal

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

Fue en los años 80 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió por primera vez el concepto de *autocuidado* como aquellas actividades no organizadas y decisiones de la salud tomadas por el propio individuo que comprenden la automedicación, el autotratamiento y el respaldo social en la enfermedad. Todas estas actividades quedan encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el control y alivio de enfermedades crónicas, así como el manejo de pequeñas dolencias cotidianas. Es numerosa la evidencia científica que avala que un adecuado autocuidado reduce de manera significativa la incidencia de patologías graves quedando, así, constituido como el primer escalón para mantener la calidad de vida de cada persona.



ISTOCK

Las prácticas son amplias y bien conocidas. Una alimentación adecuada y saludable, control de las medidas higiénicas, manejo del estrés, actividad física regular y adquirir habilidades sociales e interpersonales constituyen algunas de ellas. En Medicina Laboral hace tiempo que se viene trabajando en la promoción y programas formativos para potenciar todas estas áreas. Sin embargo, queda pendiente la formación de los trabajadores para el manejo y consumo de medicamentos y el seguimiento de las prescripciones de salud.

El mercado del autocuidado ha experimentado un crecimiento llamativo en la última década. En él se incluyen los medicamentos no sujetos a prescripción médica y no reembolsados; los productos de cosmética y dermofarmacia como cremas faciales y pastas de dientes; los complementos

alimenticios; las plantas de uso alimentario tipo infusiones; los productos sanitarios de autocuidado, tiritas, medias de compresión, termómetros, y los productos para la higiene y salud como biberones, puericultura, postparto, medicamentos homeopáticos y un largo etcétera.

España es uno de los países con mayor índice de automedicación en el consumo de fármacos no sujetos a prescripción médica. En la población laboral activa es habitual el consumo de analgésicos primarios para el alivio de cefaleas, dolores posturales o procesos artrósicos. Su abuso puede condicionar la aparición de náuseas, vómitos, sedación, alteraciones de la conducta e incluso depresión respiratoria. Según estimaciones de la OMS, casi el 35 por ciento de los trabajadores desempeñan sus actividades laborales bajo el

efecto de algún tipo de analgésico de primera línea y el 1 por ciento lo hace bajo los efectos del consumo de opioides y llegan a prolongar su consumo hasta 10 días de media, sin control médico previo. La automedicación con antibióticos es, también, una problemática bien conocida. Un informe elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo para Italia, España y Portugal, muestra que en el período de noviembre de 2016 a febrero de 2017, el 24,6 por ciento de los trabajadores en situación de baja laboral por un proceso gripal, se encontraban en tratamiento con antibióticos. El coste económico que ello supone es elevado, pero más alarmante resulta el efecto en Salud, al contribuir directamente en el riesgo creciente de resistencias microbianas. Se sabe que la resistencia a los antimicrobianos es un proceso evolutivo donde las modificaciones genéticas tienen un papel primordial. Sin embargo, está ampliamente demostrado que el proceso se acelera por el abuso y mal uso de antibióticos que se consumen sin supervisión médica. La OMS alerta también de la creciente venta fraudulenta de antibióticos en composiciones genéricas a través de Internet, sin certificados de calidad ni seguridad. Otros muchos medicamentos, independientemente de su perfil riesgo-beneficio, tienen un uso incorrecto. Es el caso, por ejemplo, de los antihistamínicos. El abuso de descongestionantes nasales con efecto vasoconstrictor puede conducir a efecto *rebote* con inflamación crónica de las mucosas en las vías nasales.

El almacenamiento de los medicamentos es también un punto débil en conocimiento. Los medicamentos se han de mantener en su envase de origen donde habitualmente figura la fecha de caducidad. Esta fecha suele ser orientativa. Los laboratorios farmacéuticos reconocen que, como máximo, el medicamento está en condiciones de ser utilizado hasta 6 meses después de su fecha de caducidad, pero antes de consumirlos se debe consultar al profesional médico o farmacéutico. La prudencia reduce efectos adversos indeseables para nuestro organismo.

La formación en materia terapéutica es una cuestión de vital importancia tanto para mejorar la salud de los trabajadores como para avanzar en la sostenibilidad del Sistema Sanitario y



ISTOCK

Laboral. Las iniciativas van llegando, con perspectivas muy positivas. Algunas entidades empresariales han decidido incorporar a sus Servicios Médicos a un profesional farmacéutico, que aporta información real y correcta sobre los productos de autocuidado con el objetivo de contribuir a crear una auténtica Escuela de Salud de Autocuidado en el Trabajo.

En España, la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP) agrupa a las compañías que fabrican y comercializan medicamentos y productos de autocuidado. Su experiencia y profesionalidad son referentes de un sector dinámico en

expansión continua y crecimiento estructural. Merece la pena acercarse a sus propuestas, logros y actividades. Podemos encontrar herramientas útiles para conocer nuestro estado de salud, noticias muy actuales en materia de prevención y un amplio vademécum que permite búsquedas por medicamento, principio activo, dolencia y laboratorio. Al autocuidado físico debemos sumar los beneficios del autocuidado emocional que también en el ámbito laboral podemos potenciar. Aprender a sonreír, escuchar, aceptar y compartir son buenos pasos para comenzar.



**Pablo Sánchez
Casinello**

Managing director de Sanidad
en Accenture

¿Hemos llegado ya al centro digital en cuanto al acceso a la información se refiere por parte del paciente? Aun siendo optimista respecto al camino recorrido, creo que hay algunas condiciones que todavía no se cumplen

Perdón, ¿podría indicarme cómo se llega al centro?

Quemos que el paciente esté situado en el centro del modelo asistencial. Para los despistados, si es que queda alguno, sirvan estas tres ideas para ilustrar este nada novedoso deseo. Buscamos que la prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente se realice en función de sus características y no sólo según *protocolo*; queremos evitar que el paciente se desplace física o virtualmente de forma innecesaria y no tenga que *viajar* por el sistema, y perseguimos que el paciente tenga información relevante y accesible en tiempo y forma y no tenga que ir a *buscarla*. En definitiva, aspiramos a que el modelo asistencial se vertebre alrededor del paciente y no que el paciente *persiga* al modelo asistencial.

En este viaje al centro, no parece mala idea darle al paciente la opción de acceder a sus datos y gestionarlos desde cualquier lugar sin necesidad de tener que ir a por ellos o buscarlos infructuosamente. No es garantía para llegar al centro, pero sin duda, ayuda. Y también es innegable que

los esfuerzos de los proveedores de salud, ya sean públicos o privados, en ofrecer a sus pacientes acceso a la información clínica digital que se genera durante el servicio que prestan, son cada vez mayores y mejores. Con mayor o menor acierto, e independientemente del canal -desde un CD hasta una página web, pasando por una aplicación- la información más relevante de nuestro historial médico, o parte de ella, ya comienza a estar disponible para todos nosotros. La calidad y cantidad de esta información es variable y mejorable en cada caso, pero es innegable que el acceso a la información clínica digital es ya una realidad.

Pero, ¿hemos llegado ya al centro digital en cuanto al acceso a la información se refiere por parte del paciente? Aun siendo optimista respecto al camino recorrido, creo que hay algunas condiciones que todavía no se cumplen...

Centro sólo hay uno. En un contexto en el que cada vez son más las personas que a lo largo de su vida tienen contacto con distintos proveedores de salud, el paciente se encuentra a veces en el centro digital de tantos modelos

asistenciales como proveedores con los que interactúe. Encontramos al paciente ubicado en el centro de todos los modelos, pero ante la paradoja de no estar realmente en el centro de *su modelo*, dado que sigue teniendo que desplazarse para ir recogiendo y recopilando sus datos -en el mejor de los casos, entre distintos portales o aplicaciones-. Aunque ya se han puesto en marcha iniciativas que aúnan la información del paciente de distintos proveedores de salud en un único punto, como es el caso de la Historia Clínica Digital del SNS impulsada por el MSSSI y *mi e-salud* impulsada por IdIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad), es innegable que aún queda mucho camino por recorrer. Sólo cuando el paciente tenga acceso real a toda su información clínica relevante en un único punto estaremos más cerca del centro digital.

El dato es del paciente. En la mayoría de los casos, cuando el paciente accede a día de hoy a su información clínica digital relevante, se *asoma* a sus datos como quien lo hace a un escaparate, *se mira, pero no se toca*. La capacidad que tiene el paciente de gestionar sus datos es muy limitada y no tiene las herramientas suficientes para compartirlos, compararlos, mejorarlos, exportarlos, cederlos, e incluso separarlos. Esta autonomía del paciente en la gestión de sus datos cobra aún mayor relevancia cuando se debate, polémica incluida, acerca de iniciativas que plantean el uso agregado de datos clínicos para diversos fines.

Independientemente de este último apunte, sólo cuando el paciente tenga total autonomía en la gestión de sus datos clínicos estaremos más cerca del centro digital.

La información se aprovecha. En un modelo asistencial eminentemente reactivo en la gestión de la salud de la población, y con problemas de sostenibilidad, el giro hacia una sanidad proactiva que acompaña y aconseja al paciente, incluso antes de serlo, para mantenerlo lo más sano posible, es un objetivo prioritario. Entre otros muchos, la explotación útil de la información se muestra como un factor clave para alcanzar dicho objetivo, y sin duda, este es uno de los ámbitos con mayor crecimiento en los últimos años. Pero la aplicación práctica en la gestión personalizada de los pacientes todavía no está generalizada y no ha hecho más que empezar. Sólo cuando la explotación de la información clínica tenga un impacto real en la gestión proactiva de los pacientes estaremos más cerca del centro digital.

Si de una diana habláramos, dar en el centro sólo depende de dibujarlo tan grande como queramos. Pero centro geométrico realmente sólo hay uno, y si buscamos poner al paciente en el centro del modelo y darle acceso a su información clínica relevante, como forma de acercarlo, estas tres condiciones deberían estar entre nuestras aspiraciones para no perdernos por el camino. Los avances son lentos pero seguros, y no cabe duda de que llegaremos... ¿Cuándo?

Pablo Sánchez Casinello

Managing director de Sanidad
en Accenture

El dato es del paciente, sin embargo en la mayoría de los casos, cuando el paciente accede a día de hoy a su información clínica digital relevante, se ‘asoma’ a sus datos como quien lo hace a un escaparate, ‘se mira, pero no se toca’

Carlos González
Bosch. A.
MORALES



COFARES ABRE UNA NUEVA ETAPA SIN GONZÁLEZ BOSCH

Juan Ignacio Güenechea liderará el grupo líder de la distribución farmacéutica que durante el mandato de su ya expresidente ha dinamizado y modernizado la gestión del sector

JUAN MARQUÉS

Durante los 12 años que Carlos González Bosch ha estado al frente del Grupo Cofares, esta cooperativa de más de 10.200 socios farmacéuticos no ha dejado de ganar terreno a sus competidores. Así ha sido en los años de bonanza económica y también en los que ha tenido que buscar la máxima eficiencia para seguir siendo rentable, además de financiar y librar a muchas farmacias del cierre cuando se acumulaban los retrasos en los pagos de las recetas en algunas regiones.

Los números de la cooperativa explican en parte el rumbo que su ya expresidente marcó desde 2005 y avalan su estrategia. Cofares ha ganado nueve puntos de cuota de mercado desde 2005 hasta situarla en casi el

26,5 por ciento del total en 2017. Este salto ha convertido al grupo en “el mayor *holding* empresarial del mundo sanitario en España”, con una facturación que superará los 3.000 millones de euros este ejercicio.

González Bosch ha liderado este proceso de crecimiento promoviendo cambios profundos en un sector excesivamente fragmentado que tuvo más de 70 operadores, buscando siempre solidez y solvencia financiera, pero sin perder de vista la esencia de un modelo cooperativo difícilmente comparable y reproducible en el mundo que hoy es Marca España.

Al final del trayecto, los hechos y también la huella que la crisis ha dejado en farmacias y distribuidoras le han dado la razón. El sector se encuentra inmerso en un proceso de concentración, quizás apresurado, donde cuatro grupos absorben ya el 60 por ciento del mercado, más en línea con Europa. Y no ha sido fácil, porque su primer intento de apadrinar una gran fusión con Hefame en 2006, la tercera distribuidora en aquel momento, fracasó por las renuencias de los socios de esta última. “Una oportunidad perdida”, a juicio del presidente de Cofares, que ha pesado en el sector como una losa y creado muchos anticuerpos contra este tipo de operaciones hasta ahora.

Pero González Bosch no solo ha abogado por el tamaño para competir o el crecimiento que ha impulsado de forma orgánica y mediante compras. Hasta ocho compañías del arco mediterráneo adquirió Cofares entre 2005 y 2011. También ha buscado modernizar y profesionalizar un modelo de distribución cooperativa de gama completa que mueve millones de unidades de escaso margen y poco precio. Esto le ha llevado a diversificar su actividad a través de más de 20 empresas y a invertir en tecnología para generar eficiencias en un sector que sigue garantizando tres entregas de media al día por farmacia, quemando demasiados kilómetros y duplicando rutas.

Han sido las grandes herramientas para ir moldeando la mentalidad de un sector más volcado en su faceta asistencial que en la empresarial. De lo que más se congratula es que la palabra gestión se haya incorporado al quehacer diario de la farmacia como un elemento más de su viabilidad, reconocía a este diario.

A la vertiente empresarial que desde 2015 impulsa también de forma muy activa desde la presidencia de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de la CEOE, hay que unir su compromiso social. A través de la Fundación Cofares, no ha descuidado la promoción de acciones solidarias, como la recogida y donación de alimentos infantiles o medicamentos, entre otros productos de primera necesidad, en las distintas crisis humanitarias, como Nepal, Siria o Haití. Asimismo, ha desplegado una intensa labor de

Carlos González
Bosch. A.
MORALES

El presidente de Cofares durante 12 años ha hecho ocho compras durante su mandato

mecenazgo de obras culturales y sociales. Los Premios de la Fundación reconocen cada año a las organizaciones y personas que más han sobresalido en la ayuda en los tradicionales conciertos navideños.

Nunca se ha escondido, es uno de los empresarios más accesibles del sector. Tampoco rehúye ninguna pregunta. Lo mismo ha opinado sobre el desafío catalán como de la irrupción de partidos populistas como Podemos o de la corriente instrumentada contra la participación y colaboración del sector privado en la Sanidad, quizás porque desde muy joven tiene pasión política, que le llevó a fundar primero las Juventudes Liberales y más tarde las juventudes de UCD.

Al final se volcó en su profesión y en la defensa del actual modelo de farmacia, pero no desde su *statu quo*, sino de la necesidad de introducir cambios que refuercen su viabilidad sin perder su principal seña de identidad: su cercanía y accesibilidad. Seguirá haciéndolo ahora desde la CEOE, promoviendo la colaboración privada en la Sanidad y el valor que representa este sector como generador de riqueza, empleo y bienestar social.



ISTOCK

LA FARMACIA SE 'MAQUILLA' CON DERMOCOSMÉTICA

Las boticas explotan su imagen de marca para abrir brecha en el mercado de cosmética y recuperar márgenes atrayendo a clientes que buscan los productos de alta gama en otros establecimientos

JUAN MARQUÉS

El consumo de cosmética y perfume en España dibuja una línea ascendente en los últimos años que la farmacia quiere aprovechar para recuperar márgenes y una rentabilidad muy erosionada por los años de la crisis. Las ventas de este tipo de productos, que engloban cuidado de la piel y cabello, higiene dental o perfumes, entre otros, alcanzó un valor de 6.566 millones de euros en 2016, un 3,25 por ciento más que el año anterior, según datos de Stanpa, la patronal de laboratorios del sector.

Uno de los canales de venta que mayor crecimiento registra es,

precisamente, la farmacia. El año pasado incrementó un 5,5 por ciento sus ingresos dentro del sector de cosmética y perfumería, hasta alcanzar el 22 por ciento de la facturación total. Los farmacéuticos están dispuestos a explotar la imagen de marca y la confianza que imprime la cruz verde a este sector y una de las áreas de mayor expansión es, sin duda, la dermofarmacia, con unas ventas anuales de 1.885 millones de euros y un ritmo de crecimiento del 3,9 por ciento.

Con este objetivo, los distintos colegios de farmacéuticos están promoviendo distintas iniciativas profesionales orientadas a atraer ventas, sobre todo, del segmento de cuidado de la piel. Por su dimensión y proyección, una de las jornadas que más laboratorios y profesionales ha conseguido atraer fue la organizada, el pasado 19 de junio, por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid en el Hotel Ritz de la Capital.

Hasta 19 laboratorios fabricantes de las principales marcas de dermocosmética presentaron sus novedades en la zona de exposición abierta anexa a la sala de conferencias y que subraya la vertiente comercial de esta nueva apuesta farmacéutica.

Frente a los centros de gran consumo, como grandes superficies y supermercados que acaparan casi la mitad de las ventas, el gran competidor de la farmacia son los canales selectivos de lujo de grandes marcas, donde se compra el 21 por ciento de estos productos y cuyo crecimiento demuestra la vuelta de los consumidores al consumo de cosmética y perfumería de alta gama, según Stanpa. El comercio electrónico es otra de las vías de compra que sigue ganando terreno, aunque a un ritmo inferior al de años anteriores. En 2015, las ventas solo crecieron el 9 por ciento, frente al 57 por ciento de 2014.

El presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM), Luis González Díez, quiso precisamente diferenciar entre la atención que se proporciona en las grandes superficies o perfumerías especializadas del consejo en dermofarmacia que garantiza el farmacéutico. En su opinión, los usuarios pueden encontrar en la farmacia una amplia gama de productos de alta calidad y el consejo profesional que tiene en cuenta las características fisiológicas o patológicas,

El autocuidado roza ya el 25% de las ventas de la farmacia

Las farmacias facturaron 19.717,4 millones de euros a PVP en el último año, repartidos en un 76,3 por ciento en ventas de prescripción y un 23,7 por ciento en ventas libres. Este último segmento crece a un ritmo del 5 por ciento, frente al 4,3 por ciento que lo hace el mercado de prescripción, así como prescripciones de semiéticos y de especialidades publicitarias. La dermocosmética es uno de los mercados que más rápido crece. Acapara el 82 por ciento de las ventas de cuidado personal en farmacia, según datos de QuintilesIMS, que agrupan también higiene dental o productos para el cuidado del pelo, entre otros. Y el cuidado facial de la mujer registra la mayor cuota de mercado dentro de este segmento, con más del 12 por ciento de las ventas.



ISTOCK



M. REBOLLO

la medicación y los hábitos de vida del ciudadano. Una idea en la que incidió la vocal de Dermofarmacia del COFM, Rosalía Gozalo, al reconocer que la farmacia está “a años luz de las grandes superficies y de otros canales” y reivindicar el “conocimiento experto” del farmacéutico y la “confianza y credibilidad” que ofrece la farmacia frente a otro tipo de establecimientos.



José Manuel Álvarez

Consejero delegado
de Lug Healthcare Technology

Aunque la tecnología es una herramienta muy útil que guía a los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones, necesita de la formación especializada y la experiencia que aporta el factor humano en la toma de decisiones

La intervención humana, imprescindible en la sanidad

La aplicación de la tecnología en el ámbito sanitario mejora la trazabilidad y la eficacia de los tratamientos y, en consecuencia, conlleva la reducción de errores y de los costes derivados de estos. De hecho, diversos estudios revelan que los hospitales podrían ahorrar en gastos farmacéuticos hasta un 10 por ciento de media con la implementación de soluciones tecnológicas específicas especialmente desarrolladas para esta área. Aunque la tecnología es una herramienta muy útil que guía a los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones, necesita de la formación especializada y la experiencia que aporta el factor humano. Siempre desde la perspectiva de que es el profesional quien se sirve de la innovación para garantizar un mejor diagnóstico y un tratamiento más adecuado a cada caso.

Así, los avances tecnológicos constituyen un apoyo en la toma de decisiones y la optimización de tratamientos en farmacia hospitalaria. La innovación facilita la labor de los profesionales, especialmente en los procesos más críticos, como los que ocurren en el área oncológica. Aquí la tasa de incidencias de medicación se sitúa en torno al 10 por ciento y es donde se producen los errores humanos con peores consecuencias para el paciente debido a la elevada toxicidad de los preparados, el estrecho margen terapéutico y la complejidad de los tratamientos. Es en estos procedimientos

con mayor riesgo donde la gestión integral del enfermo es fundamental.

Según el *Barómetro Sanitario 2016*, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la confianza y seguridad que transmite el médico (7,73 sobre 10), el trato recibido (7,72), y la información sobre su problema de salud (7,55), son las competencias más apreciadas por los pacientes españoles en la consulta. En el caso de la farmacia hospitalaria, la tecnología es precisamente un aliado de la seguridad. Ofrece un mayor control de las caducidades, una correcta gestión de los pedidos y un empleo adecuado de las cantidades necesarias para cada preparación, etc. Aunque es la intervención humana la que aporta la interpretación de los datos, la supervisión de la dispensación de los medicamentos y el análisis de las historias clínicas electrónicas. Una flexibilidad y agilidad imprescindible ya que el futuro está marcado por la mayor personalización en los tratamientos.

Tecnología y profesional farmacéutico son un binomio indisoluble para ofrecer la mejor atención al paciente. La innovación es un soporte que debe de ir acompañada de la precisión y el conocimiento de estos especialistas.

La sanidad debe poner el foco en la mejora de la eficiencia y la calidad de sus procesos, a través de la implantación de herramientas tecnológicas que aumenten la trazabilidad pero sin olvidar la personalización y la supervisión humana.

DISFRUTE DE LAS REVISTAS DIGITALES

de elEconomista.es

D^{Tecnología}
igital
elEconomista

T
ransporte
elEconomista

F
actoría 4.0
elEconomista

Ecomotor.es

S
eguros
elEconomista

A
gua
elEconomista y medio ambiente

S
anidad
elEconomista

P
aís Vasco
elEconomista

A
ndalucía
elEconomista

E
nergía
elEconomista

A
gro
elEconomista

P
ymes
Autónomos y emprendedores
elEconomista

V
alenciana
Comunitat
elEconomista

I
nmobiliaria
elEconomista

F
ranquicias
elEconomista

M
adrid
elEconomista

I
uris&lex
elEconomista

C
atalunya
elEconomista

I
nversión
a fondo
elEconomista

A
limentación
y gran consumo
elEconomista

B
uen Gobierno
y RSC
elEconomista



Disponibles en todos
los dispositivos
electrónicos

Acceso libre descargándolas en:

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

Grupo Hilditch

Compañía británica especializada en la gestión y venta de equipos médicos usados

Con la entrada en el mercado español del grupo Hilditch, con una sede en Barcelona, los hospitales podrán dar una segunda oportunidad a sus equipos médicos en desuso. La firma vende en subasta los equipos en todo el mundo.

ALBERTO VIGARIO

Tras más de 25 años en el Reino Unido, y con oficinas también en Alemania, el grupo Hilditch, empresa especializada en la venta de equipos médicos en desuso y gestión de activos del sector sanitario, ha aterrizado en España, como consecuencia del crecimiento en ventas en la Península Ibérica y de la expansión de su actividad en toda Europa en los últimos años.

Siguiendo la premisa de que hay muy pocos equipos que no tengan valor, Hilditch Iberia ofrece una segunda oportunidad a toda clase de equipamiento sanitario en desuso, incluyendo equipos de quirófano, endoscopia, radiología e imagen, patología y laboratorio, equipamientos de alta demanda en el mercado europeo y norteamericano, así como en países en vías de desarrollo. Hasta ahora, cuando un hospital adquiría nuevo equipamiento, el antiguo se retiraba de los centros, con su consiguiente coste de desmontaje y desinstalación, y se reciclaba, sin importar la edad o condición, o bien se daba a los propios fabricantes o se donaba a ONG. Con la venta de este equipamiento en desuso, el hospital ahorra los costes de desmontaje y puede recuperar parte de la inversión realizada, liberando del mismo modo espacio útil en los hospitales y reduciendo los residuos a través de la reutilización. “Hay muy pocos equipos que no tengan valor, incluso los que no funcionan, nosotros los conseguimos vender para piezas”, añade, “y la venta de activos supone para el hospital una buena fuente de ingresos, o al menos cubrir los costes del reciclaje”, asegura Amelia Mainer, directora de la filial en España.

El Grupo Hilditch abrió su primera sede en Reino Unido en 1990. En la actualidad, cuenta también con oficinas en Alemania y, desde este año, en España, y vende mediante subasta equipamiento médico en desuso a nivel internacional. Su principal mercado es el europeo, con más de 20 subastas *online* celebradas mensualmente, y países como Paquistán, India, Nigeria, Estados Unidos y Canadá.



LA SEGUNDA MANO LLEGA A LOS HOSPITALES ESPAÑOLES: PODRÁN VENDERLOS EN SUBASTA