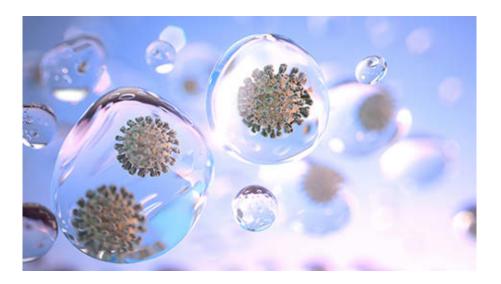
Revista mensual | 5 de noviembre de 2020 | Nº111

Sanidad

elEconomista.es

SANIDAD TARDA CUATRO MESES EN ACEPTAR EL CONTAGIO AÉREO DEL CORONAVIRUS





Actualidad Sanitaria | P6

Sanidad tarda meses en admitir la evidencia del contagio por aire

Desde julio la comunidad científica avisa de este hecho pero en España no se acepta hasta el 22 de octubre, con un documento acordado en el Consejo Interterritorial.



Entrevista | P22

Sergio Rodríguez

El director general de Pfizer en España asegura que quedan días para que las primeras dosis de la vacuna contra el coronavirus que desarrollan junto a BionTech llegue a los países.



La pandemia se lleva por delante la detección precoz en el cáncer

Son muchos los pacientes que no están pudiendo tener la atención sanitaria ordinaria. Uno de los grandes problemas se observa en el área de la oncología.

Innovación asistencial | P36

La Sanidad privada traza con el Gobierno propuestas en digitalización

La pandemia ha acelerado un proceso que ya se gestaba hace unos años. La estrategia de salud digital que prepara el Gobierno ya tiene las propuestas del sector.



Entrevista | P10

Martínez Olmos no descarta el confinamiento total

El responsable de gestionar la última pandemia de gripe A en España observa la evolución del coronavirus con mucha preocupación y ve posible el confinamiento.



Terapéutica | P16

Las CAR-T desafían de nuevo al sistema nacional de salud

La innovación vive entre el entusiasmo de los médicos y las preocupaciones de la administración por poder sufragar el tratamiento.

Edita: Editorial Ecoprensa S.A.

Presidente Editor: Gregorio Peña Vicepresidente: Raúl Beyruti Sánchez

Directora de Relaciones Institucionales: Pilar Rodríguez Director de Marca y Eventos: Juan Carlos Serrano

Director de elEconomista: Amador G. Ayora

Coordinadora de Revistas Digitales: Virginia Gonzalvo Director de elEconomista Sanidad: Javier Ruiz-Tagle Diseño: Pedro Vicente y Elena Herrera Fotografía: Pepo García Infografía: Clemente Ortega Redacción: Belén Diego



La idea de evitar el confinamiento cada día se desvanece un poco más

jalá no tengamos que recurrir a un nuevo confinamiento. Esta frase cada vez está más cerca de un dogma de fe que de un respaldo científico. Ninguna de las medidas parciales que se han ido tomando ha logrado doblegar la curva y los expertos ya hablan sin tapujos de que un nuevo confinamiento es inevitable. Es más, lo ven tan probable que incluso dicen que retrasarlo solo provocará que sea más duro y duradero. El virus nos ha vuelto a ganar porque no se hizo prácticamente nada en verano en materia de refuerzo médico y prevención ni tampoco se atajó el crecimiento de la pandemia durante septiembre y octubre. España solo tomó medidas cuando los contagios llegaban a incidencias de 500 por cada 100.000 habitantes y, ante el estupor científico, tuvo que reeditar sus medidas para ajustarse a los estándares europeos que ofrece el ECDC. El responsable de atajar la pandemia de gripe A en España, Martínez Omos, ya dice que "no hay que descartar" el confinamiento en los próximos días, y eso es prácticamente sinónimo de que se termina-

rá aplicando. Poco falla en sus predicciones el actual pro-

fesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Muchos expertos ya ven inevitable el encierro y solo aseguran que cuanto más tarde, probablemente será más duradero

Hay lugares donde el contagio es más que evidente: los lugares cerrados. El motivo son los aerosoles que expulsan las personas cuando hablan, tosen o cantan. En España se ha estado obviando esta certeza que defienden más de 200 científicos desde el pasado mes de julio. Hasta el 22 de octubre no se reconoció esta vía de contagio. Este, además, no es solo un problema nacional, la OMS también despreció durante un tiempo estas señales de humo.

Todas estas circunstancias, y muchas más que no cabrían en un espacio como este, están detrás de que nos adentremos en un nuevo desastre sanitario. La población tam-

bién tiene su parte de culpa y los medios de comunicación igual también. Se han normalizado cifras que deberían espantarnos, pero así es. En España mueren ahora por coronavirus más de 200 personas a la semana. La cifra ha pasado de ocuparnos a despreocuparnos y esa actitud solo nos llevará a que ese número vuelva a convertirse en diario. Las UCI ya echan fuego, cada día, según las cifras del ministerio, ingresan más pacientes de los que son dados de alta, y la curva no se detiene.

Mientras eso ocurre, el coronavirus no deja espacio para ocuparse del resto de patologías. En este número se analiza qué ha pasado en oncología, donde la detección precoz que tan buenos resultados da a los pacientes se desvanece por la imposibilidad de llevar a cabo las consultas necesarias. Lo que no se ve del coronavirus es casi más preocupante de lo que se ve, pero de esto no somos conscientes. En esta revista trataremos de no olvidarnos de ellos.

EL ILUMINADO



Juan López-Belmonte Farmaindustria

La patronal de la industria innovadora ha elegido al CEO de Rovi como nuevo presidente para los próximos dos años. La internacionalización conseguida en la empresa española unida a los recientes compromisos contra el Covid le han valido el puesto en Farmaindustria.

EL APAGÓN



Guido Rasi Director de la Agencia Europea del Medicamento

El Tribunal General de la Unión Europea observó que hubo conflicto de intereses en la decisión de aprobación de un medicamento contra el cáncer. Conviene no repetir esta circunstancia por el bien de los pacientes que esperan un medicamento.



Un mes en imágenes

elEconomista. Fotos: Europa Press / eE / iStock



España instaura el toque de queda contra el covid.

Las noches en España estarán desiertas durante al menos 15 días. Puede que sea el preludio de un confinamiento domiciliario como apuntan ya muchos expertos.



España vive una huelga de médicos 25 años después

Los médicos dijeron basta el pasado 27 de octubre. Están cansados de que no lleguen más contrataciones y el Real Decreto del Gobierno, que permite hacerlas sin tener el MIR, ha sido la gota que ha colmado el vaso.



Illa presenta unos presupuestos que se nutren de los fondos europeos

Los presupuestos del Estado calculan para sanidad hasta diez veces más de dinero que lo que tenían hasta ahora. La gran parte del esfuerzo económico llega desde Europa y un tercio se dedicará a vacunas contra el coronavirus.



La oncología española celebra su congreso

Tras los congresos americanos y europeos, España también celebró su cita con la oncología.



Pharmamar celebra los resultados de aplidina

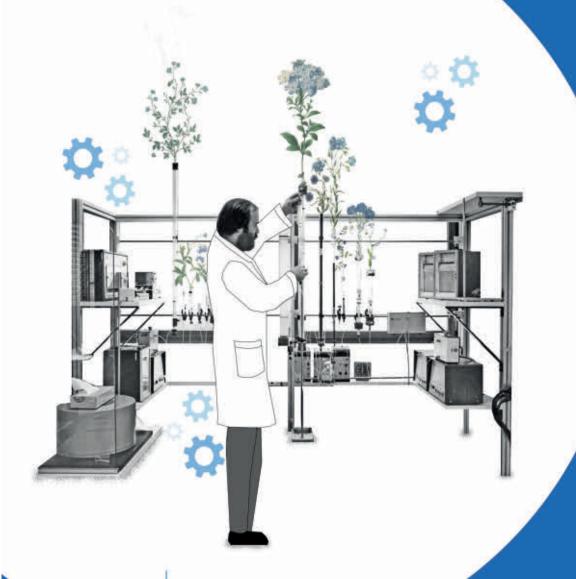
Demuestran la efectividad que anunciaban y se embarcan en la última fase de ensayo clínico.



Belén Garijo, ejemplo de directiva española

La compañía Merck convierte a Garijo en la CEO mundial de la empresa.



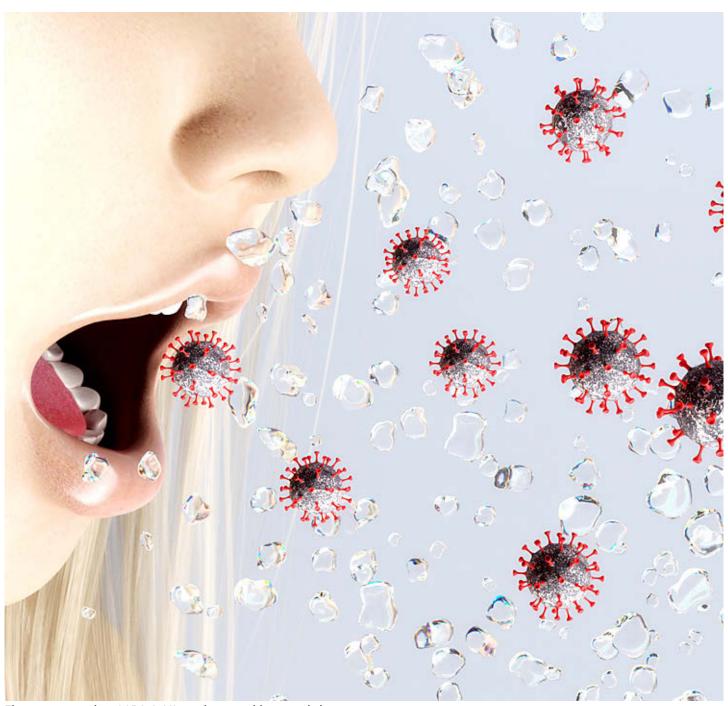


Líderes en medicina personalizada

La medicina personalizada parte del conocimiento profundo de las enfermedades y el diagnóstico de precisión para ofrecer a cada paciente el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

Porque cada paciente es diferente y, para nosotros, todos son importantes.

elEconomista.es



El nuevo coronavirus SARS-CoV2 puede transmitirse por el aire.

Sanidad tarda meses en admitir la evidencia de contagio por el aire

Por gotículas o por aerosoles, el caso es que en julio, 239 científicos publicaban una carta pidiendo a las autoridades que reconocieran el potencial de transmisión de Covid-19 en el aire, pronto se les sumaron diversas publicaciones científicas. Cuatro meses después, el Ministerio tiene en cuenta esta evidencia

elEconomista.es

n los meses de julio y agosto la cuestión de cómo se está contagiando la enfermedad que provoca el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 era un tema candente en las publicaciones científicas de prestigio.

Aunque el debate no era nuevo, el primer paso que llamó la atención de la comunidad científica fue una carta abierta en la que 239 científicos hacían un llamamiento a la comunidad médica y a los organismos internacionales y nacionales competentes para que reconocieran el potencial del nuevo virus para propagarse en el aire. Aunque entonces la Organización Mundial de la Salud (OMS) admitió que "el contagio por este medio no puede descartarse", la respuesta fue basante reservada, y se siguió dando por hecho, en términos generales, y de forma posiblemente equivocada, que este tipo de contagio solamente se producía en el contexto de procedimientos médicos. Es lo que argumentaba, en agosto, la prestigiosa revista British Medical Journal (BMJ), bastante más conocida entre el público general que la revista que difundió la carta en primer lugar, Clinical Infectious Diseases, en su número de julio.

La diferenciación técnica entre "gotícula" y aerosol es una cuestión de diámetro, pero lo que el editorial del *British Medical Journal* defendía es que el nombre que se dé al elemento propagador carece de importancia. Lo que sí hay que tener en cuenta son sus implicaciones prácticas para prevenir los contagios, que son las mismas estemos hablando de gotículas o de aerosoles: Los episodios de supercontagio tienen ciertos elementos comunes relacionados con la transmisión en el aire que serán los que se deben evitar. Toser con fuerza, hablar y cantar son algunas de las actividades que generan aerosoles o partículas de otros tamaños, pero todas potencialmente portadoras de material infeccioso.

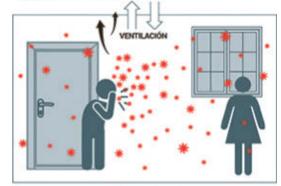
Este planteamiento se parece al de los estadounidenses Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), que incluye partículas de mayor y menor tamaño entre los elementos potencialmente transmisores y recuerda que "los virus respiratorios pueden contagiarse por múltiples vías: por contacto, por gotículas y por el aire". Mientras no se tengan en cuenta estas evidencias, podrán seguir dándose situaciones contradictorias como las que los editores del BMJ señalaban: Hay procedimientos médicos en los cuales se generan aerosoles, necesarios para algunos pacientes, que se están retrasando o incluso cancelando completamente, o bien se llevan a cabo en un entorno de precaución meticuloso -y carísimo, añaden-. Mientras tanto, hay pacientes de alto riesgo que están en entornos en los cuales se tose, se habla o se les atiende con una mascarilla quirúrgica como única protección.

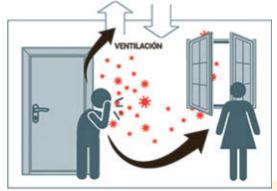
En la rueda de prensa del día 1 de octubre Fernando Simón, director del Centro de Coordinación de

Propagación aérea de Covid-19

Exposición a varios metros

Dirección del flujo de aire
 Goticulas con Coronavirus







elEconomista.es



Alertas y Emergencias Sanitarias, decía que hay evidencias sobre la transmisión por aerosoles en entornos médicos, como cuando un médico intuba a un paciente, pero no en entornos sociales normales.

A la altura de agosto, ya se habían documentado episodios de supercontagio, por vía aérea, en un centro de atención telefónica de Corea, en el ensayo de un coro en el condado de Skagit (Estados Unidos) y en un restaurante de Guangzhou (en China). "La pandemia es un momento crítico, y estas poderosas señales no deberían ser ignoradas por los políticos ni las autoridades sanitarias", escribían los científicos.

En la carta abierta del mes de julio las recomendaciones clave sobre cómo prevenir la transmisión de la enfermedad en el aire hablaban de la ventilación, "particularmente en edificios públicos, lugares de trabajo, colegios, hospitales y residencias de mayores". También hablaban de evitar aglomeraciones, con atención especial "al transporte público y los edificios oficiales".

Las aglomeraciones en el transporte público han seguido produciéndose en España durante toda la pandemia. Las reuniones en espacios cerrados se han seguido celebrando sin tener en cuenta esta consideración. Los propios miembros del gobierno, incluido el ministro de Sanidad, Salvador Illa, no han tenido inconveniente en dejarse ver en actos sociales con un elevado número de personas en entornos de interior.

Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad han seguido haciendo la distinción entre gotas y aerosoles y negando el peso de los segundos en el contagio por el aire. Eso, a pesar de que en la propia web del Ministerio hay un artículo sobre contagio por vía aérea en un restaurante de China fechado en abril.

Otra de las revistas científicas más conocidas, *Science*, también había publicado un artículo al respecto.

5.000

Casos de Covid-19 vinculados a la 'paciente 31' en Corea se produjeron en una iglesia

Sus editores defendían que, aunque existan aspectos aún por aclarar en cuanto al papel de los aerosoles en la propagación de la enfermedad, "hay evidencias suficientemente sólidas para incluir la transmisión por el aire entre las consideraciones para el diseño de estrategias de prevención que limiten el número de infecciones en los ambientes de interior". El artículo se publicó en mayo.

El 22 de octubre, el documento del Consejo Interterritorial para una respuesta coordinada indicaba que la inhalación de aerosoles con partículas virales en suspensión puede ser una vía de contagio de la enfermedad provocada por el nuevo coronavirus.



PSN RC Profesional

El valor de un profesional está en sus decisiones

En el Grupo PSN estamos junto a los profesionales con soluciones personalizadas en Responsabilidad Civil.

Trabajamos para que ejerzas tu profesión centrándote en lo que de verdad te importa, tus pacientes.



*Para médicos que trabajan exclusivamente en actividad privada (no mutuas ni compañias de seguros).



910 616 790 - psn.es - f 💆 in 🗷 🖸 🗓



JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública



"No hay que descartar que en los próximos días tengamos que llegar al confinamiento domiciliario"

José Martínez Olmos advierte que no es seguro, ni siquiera combinado con la limitación de la actividad nocturna, que el confinamiento perimetral pueda evitar el colapso asistencial en algunas comunidades. Califica de preocupante la situación de las UCI en Aragón, Madrid, Granada, Ceuta, Melilla y Castilla y León, entre otras

Por: Belén Diego. Fotos: F. Villar

Usted ha trabajado durante el pasado mes de septiembre en el grupo de expertos que creó la Junta de Andalucía para diseñar una acción conjunta a nivel autonómico ante la pandemia ¿Cómo ha sido la experiencia?

El comité inició su labor el 26 de agosto y terminó su trabajo a finales de septiembre, creando un documento que se envió a la Consejería. Ahora estamos pendientes de ver qué

medidas de la propuesta se adoptan y cómo se ponen en práctica.

Ha sido una experiencia interesante en un momento en el que lo que hay que hacer es trabajar desde un punto de vista técnico en la gestión de la pandemia y, en ese sentido, todos tenemos que arrimar el hombro; todas las manos y todas las aportaciones que se puedan hacer son pocas.



¿Considera que dotar de pruebas de diagnóstico rápido a los ciudadanos para conseguir el autoconfinamiento es una medida adecuada, o puede chocar con la falta de medios o una posible falta de voluntad por parte de algunas personas?

Sería insuficiente. El origen y la necesidad del rastreo se basa en que nos encontramos ante una enfermedad asintomática en la que es prioritario detectar los casos positivos sin signos de enfermedad.

En el seguimiento de la pandemia es fundamental detectar precozmente los asintomáticos y hacer un seguimiento de todos los contactos, aplicando tanto la entrevista personal como la tecnología -como la app Radar Covid- para reconstruir la historia y la actividad de cada persona en los últimos días.

El seguimiento de los contactos es una labor de rastreo, una auténtica búsqueda. No comparto las sugerencias sobre el autoconfinaDiversas voces autorizadas han puesto de relevancia el fenómemo del 'supercontagio'. Sostienen que un pequeño grupo de personas, en términos comparativos, han sido los que más han extendido la enfermedad ¿Es usted partidario de ejercer un mayor seguimiento sobre esos denominados 'supercontagiadores' para atajar la extensión de la pandemia?

Hay que tener en cuenta que el supercontagio es lo menos frecuente. Si nos ponemos a trabajar sobre lo menos frecuente necesitaremos aún más recursos, cuando lo que se está buscando es ser lo más eficaz; hacer más con menos.

Está claro que si el rastreo funciona, la incidencia no va a más. Si tenemos una buena estrategia de rastreo, lo normal es que los brotes no se nos vayan de las manos. Si hubiésemos tenido en su momento una buena dotación de profesionales para el rastreo no se habría producido la escalada de

"Centrar esfuerzos en buscar a los 'supercontagiadores' exigiría contar con recursos que ahora no tenemos"

"Si no trabajamos de forma importante en el rastreo y en asegurar el aislamiento perderemos el control de la pandemia"



miento porque para ser efectivos hay que tener en cuenta la situación de las personas. No todos podemos dejar de ir al trabajo. Para que fuera eficaz sería preciso tener unas condiciones en cada domicilio y en las circunstancias de cada persona que hagan posible ese autoconfinamiento. Por eso es imprescindible el rastreo, y disponer de lugares preparados para que pueda acogerse a aquellas personas que no tienen condiciones adecuadas para el aislamiento.

Por supuesto, es importante garantizar la disponibilidad de pruebas diagnósticas, pero lo fundamental es el rastreo y asegurar el aislamiento cuando se detectan positivos. Si no lo hacemos, se nos escaparán los contactos, seguirán produciéndose contagios y tendremos la transmisión comunitaria sostenida, donde ya hemos perdido el control.

contagios a la transmisión comunitaria como ha sucedido.

Tenemos por por delante unos meses muy duros...

Ya tenemos días duros con ocupaciones altas en UCI, y las cifras de fallecimientos, desde luego, son muy elevadas. Para evitar que vaya a más es preciso tomar decisiones más contundentes. Si no se adoptan medidas eficaces con decisión, se puede asegurar que lo que nos espera es un periodo muy complicado.

Usted ha sugerido que es necesario, para que la atención hospitalaria siga funcionando, que el nivel de ocupación ronde el 50%.

En general, las Comunidades Autónomas caminan a niveles de presión asistencial superiores a ese. Algunas de hecho ya han superado ese umbral. Si no logramos detener la



elEconomista «

infección vamos a encontrar más pacientes, no solo de Covid-19, sino también otras personas enfermas que también requieren atención por otras patologías. Muchos de los que no son -aparente o inicialmente- graves van a quedar relegados. Ya se están generando retrasos en algunas patologías como cáncer y diabetes, entre otras.

¿Cree que es el momento de dar entrada a otras profesiones sanitarias, como la farmacia, para que ayuden a distribuir la carga asistencial?

En la actual situación, toda la ayuda hay que considerarla. Hablando de farmacéuticos, creo que pueden incorporarse a las labores de rastreo, como los veterinarios.

Es una labor que requiere un conocimiento sanitario que ellos desde luego tienen.

También pueden hacer una valiosa aportación en cuanto a divulgación en materia de Con la gripe A se habló de establecer una reserva estratégica, pero al llegar la crisis fue algo que no se pudo asumir.

Es preciso comprender que la inversión en prevención a veces no se utiliza. Hoy, en vista de lo que ha sucedido, queda claro que es mejor disponer de reservas. Si no tienen que utilizarse, mejor.

CCOO señalaba hace unos días que se está planteado prescindir de un 25% de la plantilla de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS).

La agencia reguladora es un organismo muy necesario, fundamental tanto en España como en el sistema sanitario de cualquier país desarrollado. Es importante que su dotación no decaiga, aunque desconozco si esa situación se ha llegado siquiera a plantear.

¿Qué hemos aprendido de la pandemia? Las administraciones tienen que tener claro

"Es fundamental contar con una reserva estratégica de material, ni España ni Europa la tenían al inicio de la crisis"

"El problema de la compra de material no se creó porque unos compren mejor que otros, sino por tensión en la demanda"



vacunaciones. En una situación de emergencia como la que estamos viviendo todas las profesiones son necesarias, pero siempre recordando que debe llevarse a cabo en un marco definido por la autoridad sanitaria.

En la primera fase de la pandemia, ¿no hubiera sido buena idea dejar a las comunidades que hicieran ellas las compras por su mayor experiencia?

El problema no es que unos compren mejor que otros, sino que la demanda fue extremadamente elevada en todos los países para una producción que tenía sus limitaciones. Desde mi punto de vista, el problema fue la tensión en la demanda más que una cuestión de quién sabe comprar y quién no. Ni España ni Europa existía una reserva estratégica para disponer de los materiales que escasearon.Los sistemas sanitarios no se diseñan para pandemias.

que se deben definir escenarios en los que, con indicadores claros y accesibles, sepamos en qué momento estamos.

Un sistema que sea el mismo para todos, para dar respuestas similares a escenarios similares. No tienen por qué ser situaciones idénticas.

¿Cómo ve la situación después de la declaración del estado de alarma?

La situación es muy complicada y las medidas de confinamiento perimetral y restricción nocturna de la movilidad pueden no ser suficientes para evitar el colapso asistencial. Especialmente preocupante es la situación de las UCI en Aragón, Madrid, Granada, Ceuta, Melilla y Castilla y León, entre otras. No hay que descartar que en los próximos días tengamos que tener que llegar al confinamiento domiciliario como ha hecho Francia.

Así contribuye la industria farmacéutica a los

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Naciones Unidas aprobó en 2015 los 17 Objetivos que deben promover un Desarrollo Sostenible del planeta. Las compañías farmacéuticas contribuyen directa y activamente a seis de ellos



Más información en: www.farmaindustria.es

tecnología española.



Francesc José María Sánchez Abogado, fundador de FJMadvocats y representante de la asociación empresarial CAPSS en la mediación de la huelga de los MIR

Demasiadas huelgas en el sector de salud de Cataluña

n plena situación de emergencia sanitaria por la pandemia del Covid-19, se han convocado en Cataluña tres huelgas de personal médico: la de los médicos de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud que por suerte fue desconvocada; la de los Médicos Internos y Residentes (MIR) que ha finalizado con un acuerdo después de tres convocatorias y 12 días de huelga en un mes y, en tercer lugar, la que se convocó el pasado 27 de octubre organizada por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos contra la contratación excepcional de facultativos y la movilidad funcional y geográfica del personal médico que establece el Real Decreto ley 29/2020, para hacer frente a la crisis sanitaria previendo la falta de profesionales en determinados servicios, niveles asistenciales o ámbitos territoriales. El seguimiento de la misma ha sido prácticamente nulo en Catalunya.

No entraré a valorar la oportunidad ni la dimensión ética de las convocatorias de huelga en situaciones de emergencia tan graves como la que estamos sufriendo, pero personalmente, tres huelgas en tan poco espacio de tiempo me parecen de una absoluta inoportunidad hasta el punto que ponen en cuestión el deber deontológico de atender a los pacientes. Tanto el derecho a la huelga que asiste a los profesionales, como el de protección de la salud de los ciudadanos, entran en colisión. Creo sinceramente que en situaciones excepcionales este conflicto entre derechos debe resolverse siempre a favor del derecho a la protección de la salud. Sería de gran ayuda en situaciones epidémicas o catastróficas, como la pandemia del Covid-19 que nos asola, que los colegios profesionales estableciesen un marco deontológico para el ejercicio del derecho a la huelga como lo han hecho en relación a otros derechos fundamentales, por ejemplo, como el ejercicio a la libertad de expresión en relación a la utilización de las redes sociales.

Me gustaría ahora hacer una serie de reflexiones y puntualizaciones sobre la huelga de los MIR que como señalé anteriormente ya ha finalizado con acuerdo después de días de negociaciones convulsos y mediáticos. En Cataluña las organizaciones empresariales y el Instituto Catalán de la Salud y no el Servicio Catalán de la Salud, son guienes negocian las reivindicaciones de los huelquistas, no



como ocurre en otras Comunidades Autónomas que la negociación se lleva a cabo directamente por el correspondiente servicio autonómico de salud. Dichas organizaciones no son competentes para regular los contenidos de la formación especializada ni el tiempo de dedicación a las actividades formativas asistenciales y no asistenciales que establecen los programes formativos de las diferentes especialidades, razón de más por la que no han podido negociar algunas reivindicaciones de los MIR, como la dedicación de un determinado porcentaje de jornada a la formación no asistencial.

Es por ello que, con el beneplácito de la autoridad sanitaria, se ha ofrecido la constitución de una Comisión de Seguimiento de Formación Sanitaria Especializada, que estará compuesta de forma paritaria por representantes de los MIR y de la administración y las comisiones de docencia. Ya se ha producido un primer contacto oficial entre el Departamento de Salud y los representantes de los MIR para su constitución.

En el capítulo formativo se ha ofrecido también una ratio de adjuntos colaboradores docentes y residentes de 4:1 en todos los ámbitos asistenciales, la garantía de que el personal residente no cubrirá puestos de trabajo estructurales y la

financiación de la asistencia a un congreso durante la residencia.

En el capítulo del tiempo de trabajo y descansos la oferta empresarial era clara: garantía del cumplimiento de la jornada máxima anual obligatoria (2.187 horas anuales sumando jornada ordinaria y complementaria de atención continuada); máximo de cuatro guardias de promedio al mes y solo una de ellas en fin de semana; garantía del descanso diario de 12 horas y del descanso semanal de 36 horas ininterrumpidas; y el exceso de jornada sobre las 2.187 horas será voluntaria y no podrá sobrepasar las 150 horas.

En lo que a la retribución corresponde, la situación de partida para la negociación era compleja puesto que la retribución de los MIR está regulada en un conglomerado de convenios colectivos de trabajo -sectorial y de empresas- y en el acuerdo de condiciones laborales del personal estatutario del ICS. La retribución de los facultativos en formación en las tablas salariales de los distintos ámbitos de negociación colectiva no coincide.

No obstante, la administración sanitaria catalana está dispuesta a establecer un salario mínimo garantizado para todos los médicos en formación. Por ello se ha ofrecido un incremento del 5% a partir de noviembre de 2020 y a partir de 1 de enero de 2021 una retribución básica -sueldo más complemento de grado de formación- que sumada al precio hora guardia que ya se está abonando en todos los centros sanitarios docentes catalanes supera la retribución del resto de comunidades autónomas. El incremento medio propuesto y acor-

La propuesta de la parte empresarial fue finalmente aceptada por el sindicato convocante de la huelga y por el comité de huelga. Por ello y para el bien de un sistema sanitario especialmente estresado, nos podríamos haber evitado los últimos cuatro días de huelga ya que el preacuerdo -definitivo después de su ratificación el pasado lunes 26- seguía al dedillo la propuesta empresarial presentada el domingo 18.

Al final afortunadamente se acabó imponiendo la cordura, desconvocándose la huelga de los MIR en Cataluña, algo que era absolutamente necesario al menos por dos razones. En primer lugar, porque la oferta que se puso sobre la mesa de mediación de la huelga era, objetivamente hablando, muy buena. En segundo lugar, por respeto al derecho a la protección de la salud de los pacientes, algo más necesario que nunca en los tiempos de pandemia que nos toca vivir.



La administración catalana está dispuesta a establecer un salario mínimo para todos los médicos en formación

dado es del 7,9%.



iStock

Las terapias CAR-T desafían, otra vez, al sistema público de salud

Estos nuevos tratamientos se aplican en España entre la satisfacción de los médicos y la preocupación por cómo administrarlos cuando lleguen más pacientes

Belén Diego.

as terapias CAR-T son la avanzadilla de una nueva forma de tratar el cáncer que ha llegado por la vía de los tumores hematológicos, los que afectan a la sangre, pero que están ofreciendo indicios cada vez más sólidos de ser también tratamientos clave en el futuro de los tratamientos de otras enfermedades de la esfera de la oncología, con varios análisis en curso sobre su eficacia y seguridad en casos de tumores sólidos. Dicho de una manera muy grosera, la terapia consiste en obtener células del paciente y modificarlas para que se conviertan en células destructoras de tumores. En el LXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y el XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH), que acaba de celebrarse en formato virtual, los expertos han reflexionado sobre la enorme aportación que han supuesto y lo que habrá que hacer para estar preparados cuando haya muchos más pacientes que puedan beneficiarse de ellas.

Para implantar las terapias CAR-T en España se diseñó un plan específico que incluía protocolos, comités de aprobación y seguimiento y centros hospitales autorizados, ya que se requieren ciertas condiciones técnicas y de personal para ponerlas en práctica. Varias comunidades protestaron por la desigual distribución de esos hospitales y por su escaso número. Con todo, las CAR-T han llegado a emplearse con éxito, si bien aún están lejos de llegar a todos los pacientes que se perfilan como buenos candidatos a recibirlas.

José María Moraleda, presidente del comité científico de la SEHH y jefe del servicio de hematología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) es uno de los especialistas que califica el plan nacional de "gran avance", con la cautela de que necesita un desarrollo ulterior para que las CAR-T lleguen a todos los pacientes que las necesitan. Él destacaba que ahora mismo se reserva su uso a pacientes con enfermedad muy avanzada, pero ya

elEconomista.es



Un momento de la rueda de prensa virtual para la presentación del congreso nacional de la SEHH y la SEHT. el Economista

hay ensayos clínicos en los que se aprecia que los resultados son mejores, y más duraderos, cuando se emplean en fases anteriores de la enfermedad.

Ese sería solo un primer paso en la ampliación del número de pacientes en los que pueden emplearse. También se están estudiando otras indicaciones, como tumores sólidos.

Para José María Moraleda: "Son terapias que han venido para quedarse, y están creciendo de forma exponencial. Tenemos que adaptarnos en su manufactura, en precios, incluso para la posibilidad de administrarlas de forma ambulatoria. Por eso hay que prepararse, para que los centros de excelencia -con experiencia en terapias celulares- que tenemos en España, que son más de 79, tengan CAR-T disponibles para sus pacientes".

Ramón García Sanz, presidente de la SEHH y facultativo del servicio de hematología y hemoterapia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, coincidía en que ha habido éxito en la implantación de las CAR-T, con el matiz de que "es un éxito que debe ser continuado". Para empezar, de todos los procedimientos que tenían previsto hacer -alrededor de 400- se ha llegado a menos de la mitad. "Hay problemas de acceso y tenemos que mejorar para que estén disponibles, siempre que estén indicadas, naturalmente", añadía.

Para Felipe Prósper, co-presidente del comité organizador del encuentro y co-director del servicio de hematología y hemoterapia de la Clínica Universidad de Navarra (CUN), es esencial que se garantice el acceso equitativo a estos tratamientos innovadores y a otros que se están desarrollando en el campo de la hematología, aunque sean muy caros. "La limitación en el número de centros autorizados y la estrecha supervisión por parte de varios comités hace dudar que el plan de CAR-T pueda seguir funcionando cuando se aprueben más indicaciones. Habrá que cambiar partes del modelo, o partes del mismo", ha declarado el experto en el transcurso de la rueda de prensa virtual que ha

79

Centros de excelencia hay en España para poder aplicar estas novedosas terapias

servido para presentar a los medios el encuentro científico.

La cumbre de la hematología nacional ha sido también un foro para abordar la pandemia de Covid-19. José Antonio Páramo, presidente de la SETH y codirector del servicio de hematología y hemoterapia de la CUN, ha destacado la enorme presencia de la enfermedad en el quehacer diario de los hematólogos, especialmente en el ámbito de la trombosis y la hemostasia. De las 149 comunicaciones recibidas sobre la nueva enfermedad para ser presentadas en el congre-



Precio y condiciones de reembolso de CAR-T en Europa

Comparativa de cinco mercados de la UE

	FRANCIA	ALEMANIA	ITALIA	ESPAÑA	REINO UNIDO
Modelo de reembolso	Cobertura con evidencia en desarrollo	Reembolso basado en resultados	Pago en plazos vinculado a resultados	Pago en plazos vinculado a resultados	Cobertura con evidencia en desarrollo
Detalle	Reevaluación anual a partir de datos de seguimiento a largo plazo de ensayos clínicos y registros de pacientes	Reembolso vinculado a resultados individuales de pacientes	Pago en tres plazos vinculado a resultados individuales de pacientes	Pago en dos plazos vinculado a resultados individuales de pacientes	Reevaluación futura del precio a partir de datos de seguimiento a largo plazo de ensayos clínicos y registros de pacientes
Resultados clave	Varios (supervivencia, remisión, progresión de la enfermedad, efectos adversos)	Supervivencia	No se han divulgado detalles	Respuesta completa, supervivencia	Supervivencia, necesidad post-tratamiento de trasplante o inmunoglobulinas
Precio	Kymriah €320.000 Yescarta €327.000	Kymriah €320.000 Yescarta €327.000	Kymriah €300.000 Yescarta €327.000	Kymriah €320.000 Yescarta €327.000	Kymriah £282.00 Yescarta £280.451

Fuente: Journal of Market Access & Health Policy.

elEconomista

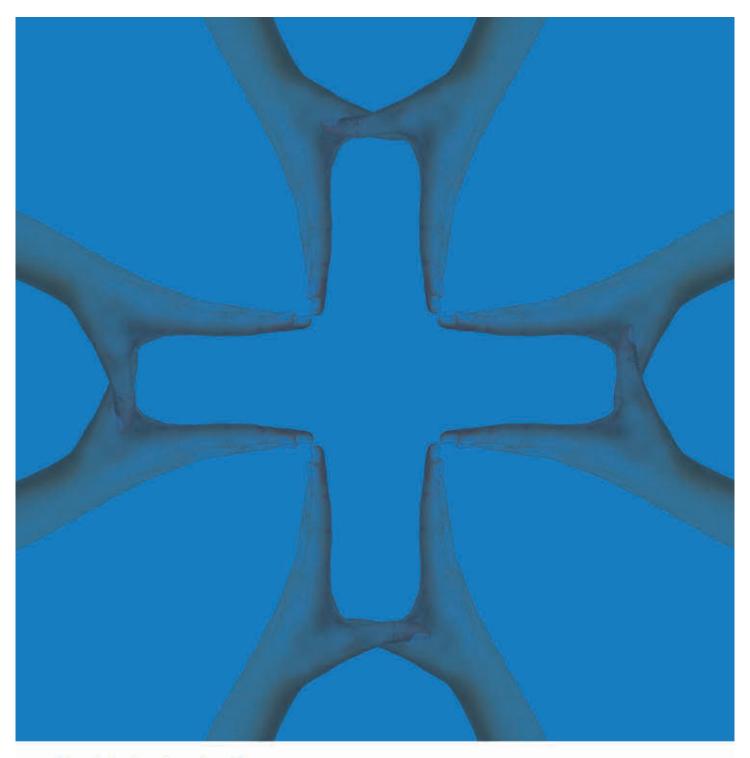
so, 82 tienen que ver directamente con ella. "Un 30% de los pacientes con Covid-19 desarrollan complicaciones trombóticas", ha explicado el experto.

Roni Shouval, del Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York (Estados Unidos) ha sido uno de los ponentes internacionales del congreso. En su intervención sobre inteligencia artificial ha aventurado que "en la próxima década, gran parte de los sistemas médicos dependerán cada vez más de las herramientas de apoyo a las decisiones basadas en el aprendizaje automático, algo que aumentará la seguridad y la eficacia de nuestros tratamientos". No obstante, insistía en que en ningún caso estas herramientas, por sofisticadas que sean, podrán sustituir al médico, que seguirá siendo quien tome las decisiones finales.

También se ha hablado de diagnóstico molecular, un conjunto de técnicas que permite afinar al máximo el tipo de paciente y el tratamiento de diversas dolencias del espectro de la hematología. Jesús María Hernández, del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, ha dicho al respecto: "Debemos seguir la senda marcada hasta ahora para que este diagnóstico siga siendo una pieza clave en el enfoque inicial del enfermo hematológico. Las decisiones terapéuticas que se están empezando a tomar en las leucemias agudas se están basando en el uso de esta tecnología y es lógico que, muy pronto, se incorporen también a otros procesos crónicos". A su modo de ver, el Sistema Nacional de Salud debería considerar el diagnóstico molecular como una oportunidad de mejora y de innovación, e invertir más en el diagnóstico genético.

En la sesión sobre trastornos plaquetarios José María Bastida, coordinador del Grupo Español de Alteraciones Plaquetarias Congénitas (GEAPC), recordaba que el diagnóstico genético tiene una repercusión directa en las decisiones clínicas, ya que "un diagnóstico correcto evita tratamientos inapropiada en la projeta el idad de vida

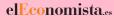


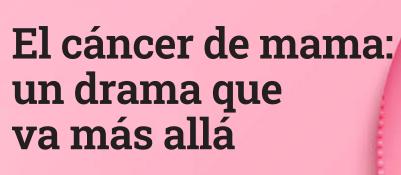


Sanidad privada. Sumamos.

Avanzar con la contribución de todos es más fácil. Sabiendo lo que tenemos que hacer. Cumpliendo. Desde las entidades privadas investigamos, proveemos de materiales, productos sanitarios y servicios más allá de los estrictamente sanitarios. Tratamos, curamos, cuidamos. En el sector sanitario privado seguimos sumando.







Hay enfermedades que tienen un impacto social que supera la norma. Este es el caso del cáncer de mama, donde además de los problemas psicológicos que plantea, también afecta a muchas mujeres en edad laboral

elEconomista. Fotos: iStock

I cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer más común en las mujeres y, concretamente, es el más frecuente en la mujer española. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), se estima que este año se detectarán hasta 32.953 nuevos casos de cáncer de mama en España, y se calcula que una de cada ocho mujeres españolas tendrá un cáncer de mama en algún momento de su vida.

Si bien es una patología con una alta tasa de curación, del 90% a cinco años, las mujeres se encuen-

tran desprotegidas una vez han superado esta enfermedad. Esta fue una de las conclusiones del desayuno coloquio sobre Cáncer de Mama organizado por *elEconomista* junto a Novartis con el objetivo de abordar, en profundidad, la realidad de esta enfermedad.

"Un gran impacto en la mujer, aparte del de la salud, son las necesidades socio laborales que surgen a raíz de tener un cáncer de mama. El sistema no está preparado para el después. Si un sistema se gasta tanto en curarnos, no nos puede dejar desprotegi-

ción y de exclusión laboral y social", afirma José Marcilla, director general de Novartis Oncology. Por su parte, Blanca Cantos, oncóloga médica del Hospital Universitario Puerta del Hierro de Majadahonda en Madrid, señala que "muchos de los tratamientos dejan secuelas, que hasta hace muy poco eran desconocidas y que ahora empezamos a tener más en cuenta como puede ser la pérdida de memoria. Hay muchas mujeres que no tienen la situación similar previa al diagnóstico y pueden pasar años hasta que lo consigan. Es necesario que, en el campo laboral, existan puestos adaptados y con flexibilidad".

Las empresas tienen un papel clave con el apoyo que pueden ofrecer a las pacientes. Es el caso de

dida por psicólogos, servicio médico en las oficinas

y, durante todo el proceso de enfermedad, se complementa al 100% las prestaciones públicas y se

siguen percibiendo los bonos de retribución".

elEconomista.es



32.953

No es la cifra de fallecidos por Covid, sino el número de pacientes nuevas de cáncer de mama anual

Orange. "Con un número de mujeres muy importante en plantilla, quisimos incluir la perspectiva de género. Así, con Fresh for her, nos orientamos a cuestiones específicas de la salud femenina, incluida la prevención del cáncer de mama", explica Mónica García Ingelmo, Manager de Beneficios, Administración HR y Salud Laboral en Orange España. "Tenemos horarios flexibles, días de libre disposición, jornada intensiva en verano y antes de la pandemia ya teníamos días de teletrabajo. Además, como parte de las políticas de beneficios sociales, todos los empleados tienen seguro médico privado, financiado al 100% por la empresa, una línea de apoyo emocional, aten-

das una vez superamos la enfermedad", señala Catiana Martínez Canovas, representante de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA). "En mi opinión es necesario el abordaje con perspectiva de género. Mi experiencia es que la mujer encuentra muchísimas dificultades para cuidarse. Por otro lado, se calcula que el 95% de la inversión se dedica al tratamiento, pero se da muy poca importancia a lo que tiene que ver con la prevención y con la vida después del cáncer", sostiene María Herrera de la Muela, jefe de Sección en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Clínico San Carlos.

Según un estudio publicado por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en 2018, el cáncer de mama es la segunda causa de baja laboral de más de 12 meses por detrás de las patologías lumbares y la segunda causa de inicio de expediente de Incapacidad Permanente a los 12 meses. En este sentido, muchas mujeres acaban en situación de pobreza, ya que entorno a seis de cada diez mujeres que han padecido un cáncer de mama no vuelve a incorporarse a su trabajo.

"Más del 60% de las mujeres con cáncer de mama tiene menos de 65 años, es decir, están en edad laboral, por lo que hay un alto riesgo de incapacita-





SERGIO RODRÍGUEZ

Director general de Pfizer en España



"Solicitaremos la autorización para la vacuna a partir de la tercera semana de noviembre"

Todo está preparado para poder llevar millones de dosis a todo el mundo. Pfizer está a días de solicitar la autorización de comercialización y lleva tiempo produciendo a riesgo el antígeno. El precio para Europa no se conoce, pero se asegura que se fijará un precio para ayudar a los gobiernos a su distribución por la población

Por Javier Ruiz-Tagle. Fotos: Pfizer

La cuenta atrás para la llegada de la vacuna contra el Covid ha comenzado. Pfizer es una de las mejores colocadas para ser la primera compañía en ofrecer una solución.

Pfizer, en su alianza con BioNTech, es una de las compañías que está más avanzada para conseguir la vacuna contra el coronavirus. ¿Cuándo se verán las primeras dosis, si los ensayos clínicos tienen éxito? En Pfizer estamos trabajando a la velocidad que nos marca la ciencia. Hay tres áreas clave en las que debemos demostrar el éxito para obtener la aprobación de la vacuna para su uso. Primero, la vacuna debe demostrar su eficacia, lo que significa que puede ayudar a prevenir el Covid-19 en, al menos, la mayoría de los pacientes vacunados. En segundo lugar, se debe demostrar que la vacuna es segura, a partir de datos de seguridad sóli-

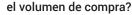


dos generados en las pruebas con miles de pacientes. Y finalmente, debemos demostrar que la vacuna se puede fabricar de manera constante con los más altos estándares de calidad. Suponiendo que todos los datos sean positivos, Pfizer solicitará el uso de autorización de emergencia en Estados Unidos poco después de que se alcance el hito de seguridad en la tercera semana de noviembre. Todos los datos contenidos en nuestra solicitud en Estados Unidos serán revisados no solo por los propios científicos de la FDA, sino también por un panel externo de expertos independientes. Además, se ha iniciado una revisión continua con la EMA. Si se obtiene la aprobación o autorización regulatoria, esperamos fabricar a nivel mundial hasta 100 millones de dosis para finales de 2020 y potencialmente 1.300 millones de dosis para finales de 2021.

¿Qué capacidad de inmunidad genera? ¿Durante cuánto tiempo?

"Esperamos fabricar a nivel mundial 100 millones de dosis en 2020 y 1.300 millones durante 2021"

"Pfizer se encuentra actualmente en negociaciones contractuales con la Comisión Europea"



En lugar de utilizar un enfoque tradicional de rentabilidad, fijaremos el precio de una manera que pueda ayudar a los gobiernos a garantizar que haya pocos o ningún gasto para su población. Garantizar un amplio acceso es clave y la velocidad, la seguridad y la disponibilidad nos impulsan. Nuestra estrategia de precios se basa en principios de volumen, compromisos anticipados, equidad y asequibilidad. Es importante señalar que nuestros costes de desarrollo y fabricación de la vacuna se han autofinanciado en su totalidad y va hemos invertido miles de millones de dólares -y estamos preparados para continuar asumiendo los costes de desarrollo y fabricación- en un esfuerzo para encontrar una solución a esta pandemia.

¿Cómo van las negociaciones con la Comisión Europea?

Desde Pfizer y BioNTech anunciamos en septiembre que habían concluido conversacio-



Esta es una pregunta que seguimos explorando. La duración de la inmunidad después del Covid requiere observar una gran cantidad de personas que ya han tenido la enfermedad hasta que algunas la contraigan por segunda vez. Debido a que los primeros casos conocidos ocurrieron en diciembre, no ha habido tiempo suficiente para observar un número significativo de segundas enfermedades para conocer la duración de la protección natural. De forma similar, determinar la duración de la inmunidad después de la inmunización requerirá observar un gran número de personas que han sido inmunizadas con una vacuna eficaz para ver cuando comienza a aumentar sus tasas de Covid en relación con el momento de la inmunización.

En un acuerdo con Estados Unidos, vimos que el precio rondaba los 17 euros. ¿Será el mismo precio en Europa? ¿Variará según

nes exploratorias con la Comisión Europea para un suministro propuesto de 200 millones de dosis a los Estados miembros de la Unión Europea, con opción de suministrar 100 millones de dosis adicionales. Las entregas comenzarían a finales de 2020, sujetas al éxito clínico y la autorización regulatoria. Actualmente nos encontramos en negociaciones contractuales con la Comisión Europea.

¿Cómo se afronta el desafío de producir millones de dosis?

Operamos uno de los sistemas de cadena de suministro más sofisticados de la industria, con más de 40 centros propios de Pfizer y más de 200 proveedores en todo el mundo, que brindan capacidad y redundancia, según sea necesario. Nuestro objetivo es asegurar un rápido acceso para los pacientes que necesiten una vacuna, asegurando



la asignación temprana de las dosis necesarias. Desde Pfizer estamos activando nuestra extensa cadena de suministro, que incluye a miles de trabajadores altamente cualificados en diferentes lugares del mundo, para prepararnos para producir la vacuna para quienes más la necesitan en todo el mundo. Estamos invirtiendo a riesgo con el objetivo de hacer lo que sea necesario para llevar adelante la mayor cantidad posible de dosis de una vacuna lo más rápido posible. Además, contemplamos realizar otras inversiones de capital a lo largo del tiempo. En Europa, actualmente nuestro programa de fabricación está utilizando las instalaciones de BioNTech en Alemania y la de Pfizer en Puurs, Bélgica. Nos encontramos fabricando la vacuna candidata actualmente, por lo que podemos estar listos en caso de que tengamos éxito en los ensayos clínicos.

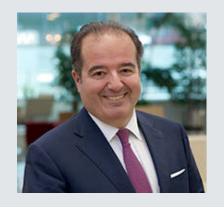
Se tiene la idea de que el sector farmacéutico vive una especie de oportunidad con otro de fines de semana durante el confinamiento para asegurarnos que todos los pacientes recibían sus medicamentos. Me siento muy orgulloso de poder trabajar con un equipo que ha mostrado un gran coraje y compromiso durante estos meses. También, y con el fin de asegurar que los pacientes no sufrieran por esta situación, hemos mantenido una estrecha relación con las autoridades sanitarias para proceder de la mejor forma posible. En concreto, con la Aemps hemos trabajado conjuntamente para la distribución controlada de tratamientos esenciales durante esta pandemia. Todo ello poniendo en marcha un mecanismo interno para asignar los medicamentos a cada hospital ajustándonos a la cantidad que necesitaran diariamente.

¿Cuáles son las previsiones de resultados que se tienen para 2020?

Principalmente nos orientamos a una recuperación global continua y gradual de los

"Para la fabricación en Europa se está utilizando las instalaciones de BioNTech en Alemania y las nuestras en Bélgica"

"Hemos sufrido los erfectos de esta crisis de forma considerable, al igual que otros sectores"



una pandemia. Sin embargo, son muchas las terapias que se han dejado de lado por culpa de la saturación de los hospitales. ¿Cómo ha afectado a Pfizer España?

Nosotros hemos sufrido los efectos de esta crisis de forma considerable, al igual que otros sectores. Pero desde Pfizer hemos querido dar un paso más allá y hemos puesto en marcha diferentes medidas para mitigar la situación: hemos redoblado el esfuerzo investigador en tratamientos contra el Covid-19, hemos impulsado acuerdos con otras compañías para obtener una vacuna en el menor tiempo posible, sin olvidar todas nuestras tareas previas al coronavirus. En nuestra planta de producción de San Sebastián de los Reyes, hemos realizado grandes esfuerzos para que ningún paciente se quedara sin sus medicamentos. Para poder garantizar la correcta distribución, hemos reforzado nuestro equipo añadiendo un turno de noche y

impactos macroeconómicos y en la atención médica de la pandemia de Covid-19. Nuestras previsiones están basadas en la trayectoria del impacto de la pandemia en el negocio de Pfizer por el momento, que afortunadamente fue menos grave de lo que se había previsto originalmente, pero que se está recuperando a un ritmo algo más lento de lo que se esperaba. Actualmente, esperamos alcanzar un beneficio una facturación de aproximadamente 48.800 y 49.500 millones de dólares y que nuestro beneficio por acción varíe entre 2,88 y 2,93 dólares.

Se habla mucho ahora de reindustrialización. ¿Se espera alguna inversión de la compañía en España como la vivida en la planta de San Sebastián de los Reyes?

La planta de San Sebastián de los Reyes destaca por ser de las pocas plantas biotecnológicas existentes en España y está orienta-



da a productos innovadores de alta complejidad y alto valor añadido. Como has comentado, en 2018 aprobamos una inversión de 54 millones de dólares para la creación de una nueva zona de producción aséptica con las últimas tecnologías y el máximo grado de automatización del proceso. Actualmente, se ha aprobado un incremento de esa cantidad hasta alcanzar los 70,2 millones de euros en 2020. Dicha ejecución comenzará en los próximos meses. Las inversiones que ha recibido entre 2015 y 2019 ascienden a más de 100 millones de euros en la construcción y remodelación de instalaciones productivas, de laboratorios de control de calidad, de infraestructuras, sistemas informáticos de gestión de las actividades de planta y en la renovación de equipos.

¿Qué nuevos productos veremos en el medio plazo, más allá de la vacuna del Covid? Contamos con más de 92 estudios clínicos, de los cuales 21 se encuentran en fase 3. Ade-

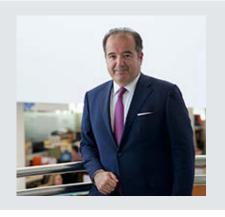
tra en estudio una nueva molécula para la alopecia areata. En medicina interna destaca tanezumab para el dolor en pacientes oncológicos y para el dolor crónico de osteoartritis de moderada a grave. Y, en el área de hospitales, estamos en estudio de un tratamiento para las infecciones causadas por bacterias gramnegativas para las cuales hay opciones de tratamiento limitadas.

Los resultados presentados por la compañía muestran pérdidas del 32%. Una de las razones es la venta de la cartera de autocuidado para crear una 'joint venture' con GSK. ¿Creen que será beneficioso?

A nivel estratégico, a Pfizer nos va a permitir seguir centrándonos y apostando por la innovación, convertirnos en una compañía basada en la ciencia, más pequeña y ágil. Es complicado comprobar los beneficios económicos ya que vamos registrándolo un cuatrimestre posterior. Nos enfocamos a una visión medio-largo plazo.

"Se ha aprobado una ampliación de la inversión en San Sebastián de los Reyes hasta alcanzar los 70,2 millones"

"Estamos estudiando un tratamiento para las infecciones causadas por la bacterias gramnegativas"



más, contamos con seis tratamientos en proceso de registro. En el área de vacunas, destacan los tratamientos para prevenir la infección por clostridioides difficile, infecciones neumocócicas invasivas y no invasivas, infecciones del meningococo e infección por el virus sincitial respiratorio. En nuestra área de enfermedades raras, destacan las investigaciones sobre hemofilia, miocardiopatía dilatada por mutación en el gen de la vitamina A, deficiencia de la hormona del crecimiento. El área de oncología destaca por las nuevas indicaciones que se esperan de Bavencio, Ibrance, enzalutamide, talazoparib y lorlatinib. Además, se espera una nueva molécula de biosimilar para la neutropenia para pacientes oncológicos en quimioterapia. En el área de enfermedades inflamatorias se espera la aprobación de abrocitinib para la dermatitis atópica y la nueva indicación de Xeljanz para espondilitis anquilosante. Además, se encuenPfizer ha comprado Terachon por unos 300 millones de euros. ¿Creen que en las enfermedades raras hay área de negocio viendo lo que tardan los fármacos en ser aprobados por los países?

Para nosotros está totalmente justificado trabajar en el desarrollo de tratamientos para los pacientes con enfermedades poco comunes, independientemente del tiempo que tarden en ser aprobados. Nuestra obligación como compañía innovadora es investigar para encontrar soluciones para los pacientes que las necesitan.

También se compró Array por unos 9.000 millones. ¿Qué rendimientos ha dado en el primer año?

Las moléculas oncológicas siguen avanzando en las fases de ensayos clínicos y tenemos grandes esperanzas depositadas en ellas, pero todavía es pronto.



El diagnóstico precoz es determinante para un pronóstico favorable en casos de cáncer. Alamy

La pandemia se lleva por delante el diagnóstico precoz del cáncer

La Asociación Española Contra el Cáncer, entre otras instituciones, advertía en mayo que la crisis del Covid-19 estaba provocando una auténtica emergencia en la población que sufre cáncer, sobre todo si no lo sabe. Empiezan a conocerse los primeros datos que respaldan esa preocupación.

Belén Diego.

osibles aplazamientos de los tratamientos, retrasos en las pruebas, consecuencias del confinamiento y paralización del país son los factores que la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) señalaba como factores de una emergencia en cáncer. Esa alerta se hizo llegar en su momento al Gobierno y la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Casi al mismo tiempo, en los encuentros científicos de la primavera,

los especialistas en oncología hacían llamamientos similares, aún con pocos datos sobre la situación.

A la altura de julio empezaba a publicarse información más detallada. Por ejemplo, la revista científica *The Lancet* indicaba que debido a la pandemia, 8.500 personas residentes en Reino Unido con resultados positivos en las pruebas de cribado de cáncer colorrectal -de los cuales se estima que un



10% puede desarrollar cáncer- se habían quedado sin atención, interrumpiendo el proceso de diagnóstico o las pruebas que descartan la presencia de cáncer. Es solo una pequeña muestra. En una estimación más amplia, un estudio publicado en la misma revista calculaba que las muertes por cáncer que se ha tratado tarde por la pandemia vendrían a ser entre 181-542, solo en Reino Unido y solo durante tres meses. Los pacientes no diagnosticados y fallecidos podrían ser entre 401 y 1.231. En un editorial de la misma revista, se dice que "probablemente estas estimaciones están subestimando los fallecimientos por cáncer causados por el impacto de la pandemia en el Sistema Nacional de Salud británico (NHS).

Numerosos oncólogos han destacado que la atención imprescindible y urgente se ha mantenido, pero cuando abordan la cuestión de los pacientes "perdidos" no son tan optimistas. Además, se han encontrado con recomendaciones dañinas de las propias autoridades sanitarias, que han llegado a recomendar a todas las personas que tuvieren fiebre que se quedaran en sus casas. En muchos pacientes con cáncer, y según la fase de tratamiento en la que se encuentren, unas décimas de fiebre son un motivo más que justificado para acudir a urgencias. Pue-



La fiebre puede ser una urgencia en cáncer, pero en España se pidió a la gente evitar el hospital

den padecer complicaciones que solo se resuelven con atención inmediata.

No solo es una batalla de los oncólogos. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ha tenido que pedir al ministro de Sanidad, Salvador Illa, que cambie el BOE, porque los enfermos respiratorios sí han de llevar mascarillas. En el caso de los pacientes con cáncer y afectación respiratoria, es otra recomendación contraproducente, según ha explicado la comunidad médica.

Un estudio publicado por la revista científica *JAMA* ha comparado la tasa de mortalidad por Covid-19 en 18 países. España está en segunda posición, solo superada por Bélgica, y por encima de Estados Unidos, un país en el cual no hay un sistema sanitario público comparable a nuestro modelo. Los investigadores quisieron dar un paso más y realizaron un cálculo del exceso de mortalidad por todas las causas, entre las cuales hay por supuesto que considerar el cáncer, que suele ser la segunda causa de mortalidad en los países desarrollados. Compararon la mortalidad por todas las causas en el año de la pandemia con las de los cinco años anteriores en esos mismos 18 países. Aquí España está en la primera



Los tratamientos urgentes se han mantenido durante la pandemia. iStock

posición, con una enorme diferencia sobre todos los demás.

En un hospital de Madrid se ha documentado que "la mortalidad por Covid-19 en pacientes con cáncer casi cuadriplica la de la población general", según se ha publicado en *Medicina Clínica*. Un análisis de 19 hospitales, aunque también con series pequeñas de pacientes, arroja también un mal resultado en cáncer hematológico en el contexto de la pandemia. Se acaba de divulgar y está avalado por la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia.



Exceso de mortalidad por todas las causas

Comparación de 18 países

Exceso de mortalidad por todas las causas 100.000 habitantes								
PAÍS		DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA	DESDE EL 10 DE MAYO DE 2020	DESDE EL 7 DE JUNIO DE 2020				
Noruega		-2,6	-4,3	-2,1				
Dinamarca		5,1	1,9	1,8				
Israel		8	7,5	5,4				
Alemania		10,0	1,4	-0,2				
Canadá		13,3	-3,7	-7,6				
Suiza		17,0	-3,6	-2,7				
Austria		17,1	3,2	1,4				
Finlandia		19,1	8,7	5,4				

Mortalidad elevada (muertes por COVID-19, >25/100.000)							
PAÍS	DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA	DESDE EL 10 DE MAYO DE 2020	DESDE EL 7 DE JUNIO DE 2020				
Suecia	50,8	14,9	3,7				
Francia	51,5	5,9	2,6				
Holanda	55,1	0,1	-0,7				
Bélgica	67,8	-4,6	-6,4				
Reino Unido	94,5	13,7	-1,2				
España	102,2	2,1	1,8				
EEUU	71,6	31,2	19,4				

Mortalidad durante la pandemia

		COVID-19 MUERTES POR 100.000 HAB.			EXCESO DE MORTALIDAD POR COVID 19 EN EE.UU. (% DEL TOTAL DE MUERTES REPORTA				
PAÍS	FECHA EN LA QUE LOS CASOS DE COVID SUPERARON 1 POR MILLÓN	DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA	DESDE EL 10 DE MAYO DE 2020	DESDE EL 7 DE JUNIO DE 2020	DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA	DESDE EL 10 DE MAYO DE 2020	DESDE EL 7 DE JUNIO DE 2020		
Baja Mortalidad (Muertes por Covid-19 <5/100.000									
Corea del Su	ır 2/20/20	0,7	0,2	0,2	196.161 (99)	120.625 (61)	88.771 (45)		
Japón	2/23/20	1,2	0,7	0,5	194.711 (98)	119.090 (60)	87.939 (44)		
Australia	3/1/20	3,3	2,9	2,9	187.661 (94)	111.747 (56)	79.849 (40)		

Mortalidad moderada (Muertes por COVID-19 5-25/100.000)								
Noruega	2/29/20	5,0	1,0	0,5	182.099 (92)	118.074 (59)	87.655 (44)	
Finlandia	3/2/20	6,1	1,4	0,3	178.373 (90)	116.698 (59)	88.432 (45)	
Austria	3/1/20	8,6	1,7	1,0	170.247 (86)	115.874 (58)	86.066 (43)	
Dinamarca	3/4/20	10,9	2,1	0,8	162.600 (82)	114.438 (58)	86.669 (44)	
Alemania	3/1/20	11,3	2,4	0,9	161.393 (77)	113.422 (57)	86.521 (44)	
□ Israel	3/2/20	14,0	11,2	10,6	152.393 (77)	84.676 (43)	54.529 (27)	
Suiza	2/29/20	20,6	2,8	1,2	130.654 (66)	112.205 (57)	85.402 (43)	
Canadá	3/6/20	24,6	12,4	4,0	117.622 (59)	80.631 (41)	76.235 (38)	

Mortalidad elevada (M	fortalidad elevada (Muertes por COVID-19, >25/100.000)								
Holanda	3/3/20	36,2	5,2	1,5	79.318 (40)	104.177 (52)	84.514 (41)		
Francia	3/1/20	46,6	7,5	3,2	45.142 (23)	96.763 (49)	78.947 (40)		
Suecia	2/29/20	57,4	23,5	10,3	9.581 (5)	44.210 (22)	55.607 (28)		
Italia Italia	2/23/20	59,1	9,1	3,1	4.136 (2)	91.604 (46)	79.120 (40)		
Reino Unido	3/3/20	62,6	16,3	5,0	-7.459 (-4)	67.927 (34)	73.103 (37)		
España	2/29/20	65,0	8,6	4,6	-15.204 (-8)	93.247 (47)	74.163 (37)		
Bélgica Bélgica	3/2/20	86,8	12,4	4,2	-87.057 (-44)	80.475 (41)	75.572 (38)		
EEUU	3/7/20	60,3	36,9	27,2	-	-	-		

Fuente: JAMA. elEconomista

Protegerte, el primer paso para cuidarte #HospitalProtegido En Quirónsalud estamos comprometidos con la salud de nuestros pacientes. Por eso, somos el primer grupo hospitalario de España con medidas y protocolos certificados para la prevención y el control de la COVID-19.





Clamor para frenar las restricciones a los medicamentos

Sociedades científicas apoyan los argumentos de las asociaciones de pacientes contra los visados que entorpecen el acceso a numerosos medicamentos

B. Diego. Fotos: iStock

I visado de medicamentos, el acto por el cual la inspección administrativa valida -o niega- la dispensación de determinados medicamentos que ya han sido prescritos por los médicos, ha sido siempre calificado desde las asociaciones de pacientes como una traba para el libre acceso a los fármacos que necesitan. Esta situación se "resolvió" por la urgencia vivida en la primera fase de la pandemia de Covid-19. En un escenario marcado por la saturación de los centros sanitarios y de prescripción por teléfono, era prácticamente imposible hacer efectiva la medida. Prácticamente todas las Comunidades Autónomas la eliminaron. Ahora, pacientes y médicos piden que el cese temporal sea definitivo.

Las sociedades científicas han decidido dar un paso adelante y unir su voz a las de las asociaciones de





pacientes para demandar la eliminación de esta barrera. Aureliano Ruiz, presidente de la Federación Española de Asociaciones de Pacientes (FEDE) asegura que frente al criterio de control de uso de fármacos nuevos "por seguridad" que aduce el Ministerio para mantener el visado, "el único motivo para mantener estas restricciones es el precio". Ruiz recuerda también que España "es el único país de Europa que impone este tipo de limitaciones". Son barreras innecesarias y perjudiciales para los pacientes, dice.

FEDE y siete sociedades científicas, han pedido a la Administración que reevalúe las restricciones sobre fármacos dirigidos a este tipo de pacientes: glitazonas, medicamentos GLP-1, ciertas dosis de canagliflozina e insulina degludec que fuerzan nada menos que a 254.299 pacientes a obtener una autorización adicional para adquirirlo en la farmacia. Apoyaron esta medida la Sociedad Española de Diabetes, la de Endocrinología y Nutrición, la de Medicina Familiar y Comunitaria; la de Médicos de AP, la de Médicos de Familia, la de Cardiología y la de Medicina Interna.

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha agradecido recientemente a cinco Comunidades Autónomas (Madrid, Baleares, Cataluña, Murcia y Galicia) la abolición de los visados.

En estas autonomías se autoriza que los pacientes sin tratamiento previo con fibrilación auricular reciban los nuevos anticoagulantes orales, también conocidos por las siglas ACOD, sin necesidad de visado. Las restricciones a los ACOD se justificaron en un informe calificado de "vergonzoso" por la SEC en su momento. Es un posicionamiento que comparte la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), cuyos responsables consideran que "el acceso a este tipo de anticoagulantes debería realizarse con los mismos criterios en beneficio de la equidad en todo el territorio nacional".

Pacientes afectados por medicamentos visados

Fármacos antidiabéticos



Fuente: FEDE. elEconomista

En el territorio de las enfermedades respiratorias, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y FENAER, la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermedades Respiratorias, han respondido a los argumentos del Gobierno para mantener el visado para la triple terapia empleada para tratar la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva

254.299

Diabéticos necesitan obtener una autorización adicional para tener los medicamentos que necesitan

Crónica). Los pacientes han iniciado una ronda de contactos con los grupos parlamentarios para hacer-les partícipes de su preocupación y "desprotección" durante la pandemia. Las tres sociedades científicas que representan a los facultativos de Atención Primaria, SEMFYC, SEMG y SEMERGEN, también han manifestado su oposición a lo que califican de "barrera administrativa que impide la equidad en el acceso a la innovación terapéutica".



Nicole Hass Portavoz de la Asociación nacional de pacientes con EPOC

El objetivo debe ser aliviar los costes de la EPOC

o es fácil vivir con una enfermedad que es la cuarta causa de mortalidad en España por delante del cáncer de pulmón, del cáncer de colon o del VIH. La EPOC es una enfermedad crónica que acompaña a los enfermos de forma progresiva toda su vida, en muchos casos, hasta su invalidación. No es fácil tampoco vivir con EPOC en tiempos de COVID-19 cuando los síntomas y los trastornos se agravan. Los pacientes de EPOC son población de riesgo frente a este virus como recogen diferentes protocolos de actuación recogidos por las autoridades sanitarias.

Durante la primera oleada de contagios en España, casi un 22% de los fallecidos por Covid-19 padecían esta enfermedad. Vivir con EPOC en circunstancias normales supone que, aproximadamente el 40% de estos pacientes, experimentan síntomas depresivos clínicamente relevantes. Pero vivir con EPOC en tiempos de pandemia supone aumentar el riesgo de presentar síntomas graves de COVID en 6 veces y de ingreso en UCI en 17. A este sufrimiento físico y emocional para pacientes y familiares, hay que sumar en muchas ocasiones el quebranto económico que supone la enfermedad por diversas causas, como que la necesidad de cuidado obligue a dejar el trabajo a la persona enferma o a alguno de sus familiares, la amenaza cierta de despido en enfermedades crónicas que conllevan absentismo elevado, la necesidad de adaptaciones técnicas...

Vivir con EPOC plantea nuevos retos al paciente y exige un coste sanitario elevado para mantener una vida digna. La estimación de los costes de tratamiento de los 3 millones de enfermos que la sufren a diario se calcula en 750- 1000 millones de euros anuales, incluyendo los costes directos, indirectos e intangibles, esto es, gastos hospitalarios (40-45%), farmacológicos (35-40%) y visitas y pruebas diagnósticas (15-25%).

Tratar a estos pacientes precisa de una respuesta político sanitaria urgente que no solo les reconozca como como colectivo vulnerable de alto riesgo sino también que apruebe medidas específicas de protección con criterio nacional entre las que se encuentra la supresión del visado de la triple terapia por el Ministerio de Sanidad. Esta es nuestra 'urgente' prioridad.



La retirada del visado supone dejar de limitar el acceso a terapias consideradas esenciales en la atención sanitaria de estos enfermos, pero también, en términos económicos, ahorrar una importante suma de dinero a las arcas públicas. ¿Por qué? El tendón de Aquiles de estos tratamientos son las agudizaciones de la enfermedad que suponen, aproximadamente, el 60% del coste global porque son los empeoramientos los que representan un grave problema de salud pública. En España, se estima que generan el 10-12% de las consultas de atención primaria, el 1-2% de todas las visitas a urgencias y cerca del 10% de los ingresos médicos.

La triple terapia reduce la tasa de exacerbaciones moderadas/graves en comparación con las combinaciones de los fármacos habitualmente utilizados para paliar sus efectos. Los expertos han demostrado que un tratamiento en un solo dispositivo no requiere de ninguna estabilización previa, ni ajuste de dosis, permite al paciente controlar clínicamente su enfermedad, mejorar la sintomatología, disfrutar de mayor calidad de vida y reducir los empeoramientos. Les permite vivir; acercarse a la 'normalidad'. Pero es que es el único fármaco innovador que cuesta menos dinero y cuya implantación costaría al sistema 70 millones de euros menos al año.



Los pacientes con EPOC gastan 15 millones de euros más al año de lo que vale una de las terapias innovadoras

Existen numerosos estudios que concluyen en este sentido. Uno de ellos, presentado en el marco del Congreso de la Sociedad Europea Respiratoria incidía en el desarrollo de un modelo económico de un año de duración que calculara las consecuencias económicas de la sustitución del tratamiento habitual por la triple terapia tanto en atención primaria, atención especializada, como en la Unidad de Cuidados Intensivos, así como los costes asociados implícitos (costes durante el tratamiento, visitas no programadas...).

Según el estudio, los costes anuales por paciente ascendían a 1127€ en el caso del tratamiento con la triple terapia y a 1476€ cuando los pacientes recibían su tratamiento habitual para la EPOC. Las cifras no pueden ser más concluyentes: el tratamiento con la triple terapia supone un potencial ahorro anual de 349€ por paciente para el Sistema Nacional de Salud, siendo de 194€ si se utilizaba el tratamiento habitual. Esa diferencia de 155€ anuales por paciente supone un gran ahorro si no olvidamos que hablamos de 3 millones de enfermos.

En el marco del Congreso de la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud se analizó otro estudio que expuso que un inicio más temprano de la triple terapia de mantenimiento, tras una exarcerbación que requiere de hospitalización o de visita al servicio de urgencias, conseguía minimizar los costes de la gestión de los recursos sanitarios y de los costes directos así como de la tasa de exacerbaciones moderadas/graves. En base al estudio, tras una exacerbación manifestada por el paciente, los gastos anuales fueron de 1861€ por enfermo en el caso del inicio temprano de la triple terapia y de 1935€ cuando los pacientes comenzaban dicha terapia de manera más tardía.

Y, a pesar de todos estos datos, y de que las sociedades científicas, tanto de neumología (SEPAR) como de atención primaria, ya le han pedido al ministro en varias ocasiones que retire el visado, menos del 20% de los pacientes tienen acceso a esta terapia después de casi dos años de su implantación.

Por tanto, desde la Asociación de Pacientes de EPOC, APEPOC, nos hacemos las siguientes preguntas: si no tiene sentido técnico-científico ni existe inseguridad clínica; si está demostrado que ayuda a mejorar la calidad de vida y a reducir la mortalidad y supone un ahorro para el sistema ¿por qué lo mantienen? ¿Qué impide al ministerio acabar con los obstáculos para su implantación? Díganos, ministro. Tres millones de pacientes de EPOC esperan la respuesta.



Inversión

La ciencia pide superar el 2,5% de inversión en I+D+i en 2027



SOMMa, ASEICA y AseBio unen sus voces para apremiar a los responsables políticos a transformar el país. Más de 40 organizaciones del ámbito de la ciencia y la innovación firman un documento que pide, entre otras medidas, superar el 2,5 % de inversión en I+D+I en el año 2027 para lograr un cambio estructural del modelo económico. Ante aprobación ayer del anteproyecto de los nuevos presupuestos generales del Estado, los firmantes consideran que

ha llegado el momento del poner a la I+D+I en el centro de la estrategia de futuro para una recuperación sostenible y resiliente de España. A lo anterior se suma que la ciudadanía ha podido apreciar recientemente la necesidad de disponer de una capacidad investigadora sólida. En contraste, España invierte solo un 1,24 % de su PIB en I+D, cifra muy inferior a la media de la UE (2,12 %), y más alejada aún de países como Alemania o Dinamarca.

Patologías

Aumenta un 25% la supervivencia sin secuelas tras una parada de corazón



Investigadores del Hospital Universitario La Paz (Madrid) han presentado en el e-Congreso Sociedad Española de Cardiología un análisis retrospectivo de las características y pronóstico neurológico de los supervivientes que han sufrido una parada cardiorrespiratoria de 2006 a 2020, confirmando que la supervivencia sin secuelas en estos pacientes ha aumentado un 25% entre 2006 y 2020. Sin embargo, estos datos deberían ser mejores si no hubiese

llegado la pandemia por coronavirus este año. Durante ese periodo se han observado peores resultados neurológicos en los pacientes tras parada cardiorrespiratoria, "probablemente por el miedo al contagio de Covid-19 por parte de los testigos", afirman los investigadores. "Resulta fundamental concienciar al público general que la supervivencia de estos pacientes depende esencialmente de las maniobras de reanimación realizadas de forma temprana", dicen.

Hospitales

Vithas y GE firman una alianza para aplicar inteligencia artificial



El Grupo Vithas y la compañía de tecnologías médicas GE Healthcare, han firmado un acuerdo de colaboración para aplicar de manera conjunta tecnologías enfocadas en la mejora de la gestión y la eficiencia operativa del parque de equipos de tecnología médica de Vithas. Dentro de este marco de colaboración, GE Healthcare y Vithas integrarán una plataforma integral de gestión de activos que permite incrementar la eficiencia en la gestión de los

equipos de GE Healthcare instalados en la red de hospitales del Grupo. La plataforma incorpora una aplicación de realidad aumentada, mediante la cual los ingenieros de GE Healthcare acceden directamente a través de sesiones de vídeo seguras y con la participación de expertos a los equipos en los que se ha producido alguna incidencia para acelerar el diagnóstico del estado del equipo y aplicar las soluciones necesarias.

Asistencia sanitaria

El HLA Moncloa revalida como Embajador de la Excelencia Europea



El Club Excelencia en Gestión, asociación empresarial dedicada a transformar la gestión y mejorar los resultados corporativos, ha hecho entrega de los reconocimientos de los Embajadores de la Excelencia Europea 2020 a 18 organizaciones de sectores diversos durante su XXVII Foro Anual, este año celebrado de forma virtual. Entre ellos hay administraciones públicas, entidades bancarias, compañías energéticas y educativas y empresas relacionadas

con el sector salud, como aseguradoras, mutuas y hospitales como el HLA Moncloa, que renueva un año más su nombramiento por la aplicación en sus circuitos y protocolos de trabajo del modelo EFQM 600+. "El distintivo de Embajador de la Excelencia Europea se concede anualmente a todas aquellas organizaciones que destaquen por llevar a cabo una gestión excelente, innovadora y sostenible y por su apuesta por la transformación", explican.



La sanidad privada participa de lleno en la nueva estrategia de salud digital

Se trabajará sobre el desarrollo de los servicios digitales en el Sistema Nacional de Salud, el impulso de la analítica de datos y la interoperabilidad electrónica

elEconomista.

epresentantes de la Fundación IDIS y de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE) han tenido la oportunidad de reunirse con el secretario general de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, Alfredo González y el director general de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS, Juan Fernando Muñoz, para conocer el estado de desarrollo de la estrategia de Salud Digital anunciada recientemente por el Ministro de Sanidad. Así, ambas entidades han podido saber que dicha estrategia trabajará sobre el desarrollo de los servicios digitales en el SNS, el impulso de la analítica de datos y la interoperabilidad electrónica y que ya se encuentra en fase preliminar.

Además, ASPE y el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS) han puesto en valor el sector de la sanidad privada. De hecho, tal y como señala el informe Sanidad privada, aportando valor: Análisis de situación 2020, este sector representa el 3,3% del PIB -esta cifra incluye el gasto destinado a conciertos que es del 0,7%-, se complementa con sector público y emplea a 269.515 profesionales en nuestro país.

Además, lleva a cabo el 30,5% de las intervenciones quirúrgicas, registra el 23,5% de las altas y atiende el 24,5% de las urgencias. A nivel de dotación e infraestructuras, el 57% de los hospitales españoles (458) son privados, lo que supone el 32% de las camas hospitalarias existentes (51.212). "Nuestro encuentro ha servido para compartir ideas de interconectividad e interoperabilidad de la sanidad en su conjunto, y la necesidad de poner al paciente en el centro del sistema para que la asistencia sanitaria sea integral y facilite una mayor eficiencia de los distintos recursos", asegura Alfonso de la Lama-Noriega, secretario general de ASPE.

Por su parte, Marta Villanueva, directora general de Fundación IDIS ha asegurado que "desde la institución llevamos tiempo trabajando en este aspecto que es estratégico para el sistema, prueba de ello es el Estudio de interoperabilidad en el sector sanitario, el paciente como actor principal elaborado por la Fundación. La disposición del Ministerio para avanzar en el área de interoperabilidad es



Un médico consulta un ordenador. iStock

taxativa y patente y esta reunión supone un paso adelante para establecer sinergias y compartir estrategias, lo cual es clave para el objetivo común de mejorar la calidad de vida y la asistencia en general y especialmente ante un escenario con dificultades, como el actual".



El sector representa el 3,3% del PIB, del que 0,7% está destinado a conciertos

Por parte de los representantes del ministerio, se va a trabajar y a contar con todos los grupos de interés en el desarrollo de la salud digital, incluyendo a la sanidad privada entre ellos. En los próximos meses se conocerán algunos de los pormenores de las líneas maestras que se han trazado.





En Asisa queremos garantizar tu tranquilidad y la de los tuyos. Y para ello, sabemos que debemos ir mucho más allá de cuidar de tu salud. Por eso, además te ofrecemos seguros dentales, de vida, accidentes, decesos, viajes y mascotas. Para que así, tengas siempre la tranquilidad de tener protegido todo lo que más te importa.

Salud | Dental | Vida Accidentes | Decesos Viajes | Mascotas



elEconomista.es



Una imagen del genoma humano. iStock

Realizar un perfil genómico mejora el pronóstico en cáncer

En el Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica se pusieron de relieve los últimos avances en innovaciones asistenciales en este campo

elEconomista.

entro de las innovaciones asistenciales que se ofrecen en los hospitales, los relacionados con el cáncer suelen tener un gran impacto. Uno de los últimos ejemplos se ha podido ver en el Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica, celebrado entre los días 19 y 23 de octubre. En esta ocasión, se ha podido observar que el uso de perfiles genómicos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer resulta beneficioso tanto para la calidad de vida del paciente como para su supervivencia. No en vano, la supervivencia libre de progresión (SLP) fue mayor para aquellos pacientes a los que se realizó un perfil genómico y recibieron tratamiento personalizado: 12 meses frente a 7,7 meses. "Se recogieron datos de 63 pacientes tratados en nuestro centro entre diciembre de 2015 y mayo de 2020, con una edad media de 58 años. Un 66% habían recibido entre una y tres líneas de tratamiento", explica María Valero Arbizu, oncóloga médica en Oncoavanze -el servicio de oncología de QuirónSalud- y autora principal del trabajo. Los tipos de cáncer más frecuentes en las personas estudiadas fueron carcinoma de origen desconocido (19%), cáncer de mama (17%) y tumores ginecológicos (16%). "A través del uso único de NGS se detectaron mutaciones patogénicas accionables en el 51% de los pacientes, derivando en un 34% de pacientes con opciones de tratamiento en función de la alteración molecular", comenta la especialista.

La búsqueda de mejoras en el abordaje del cáncer es una constante en el sistema nacional de salud, aunque en los últimos tiempos la sanidad privada ha contado con más avances. Además de la ya conocida protonterapia, donde incluso en el Congreso de los Diputados se ha aprobado una Proposición No de Ley para su implantación en los hospitales públicos, también hay ejemplos protagonizados por clínicas y farmacéuticas. MD Anderson y Roche han firmado un acuerdo de colaboración por el cual los médicos de la clínica tendrán a su disposición técnicas avanzadas de secuenciación genómica para determinar, en cada paciente y en plazos muy breves, cuáles son las opciones terapéuticas más adecuadas para abordar su enfermedad. "En virtud de este acuerdo los pacientes de MD Anderson Madrid van a poder beneficiarse de los avances de lo que hoy conocemos como medicina personalizada, que constituye una nueva forma de entender el diagnóstico y tratamiento", explican desde el centro.



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

Somos Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson. Nuestro compromiso es proporcionar grandes descubrimientos e

innovaciones médicas significativas. Colaboramos con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud para que algún día las enfermedades más temidas solo se encuentren en los libros de historia.



elEconomista.es

Reproducción asistida sin tener que salir del domicilio

Las embarazadas podrán realizarse ellas mismas las ecografías y mandarlas al centro hospitalario. En momentos de pandemia, este sistema facilita mucho el seguimientos de las futuras madres

elEconomista.

i quiere someterse a un proceso de reproducción asistida, ahora podrá hacerlo sin tener que acudir prácticamente al centro sanitario. Esta es la innovación asistencial que se ha puesto en marcha desde la clínica Juana Crespo, donde desde que comenzó el confinamiento del mes de marzo comenzaron a manejar una idea que se ha concretado en el mes de octubre. "Llevábamos pensándolo muchos años, ya que tenemos muchas pacientes que son de muchos lugares distintos, tanto de España como del resto de Europa y vemos que para muchas de las consultas, el desplazarse a nuestras clínicas era opcional", explica la directora del centro.

Cuando una mujer decide someterse a un proceso de reproducción asistida, la clínica envía los dispositivos necesarios para realizar una ecografía en el propio domicilio y, a través de un software especializado, se envían las imágenes a los especialistas de los centros médicos para su evaluación. Juan Crespo ha elegido a dos partners para este novedoso proceso: Samsung para la parte de tecnología sanitaria y Quidim para el software necesario para el procesado de las imágenes. Ahora, en lugar de diez visitas como se hacía antes, se han reducido a solo dos.

El campo de la reproducción asistida está ganando terreno dentro de la sanidad. Prueba de ello es la proliferación de centros que se abren. El pasado 28 de octubre se conoció un nuevo movimiento empresarial en este campo. La clínica de reproducción asistida Ginefiv desembarcó en Barcelona con la apertura de una nueva clínica de fertilidad. Tras más de 30 años de andadura en su clínica matriz, situada en Madrid, la compañía ha decidido expandirse por otros territorios de la geografía española. La finalidad es acercar su reconocida experiencia en reproducción asistida a otras ciudades.



La clínica Juana Crespo inicia esta aventura de telemedicina aplicada al embarazo

El nuevo emplazamiento cuenta con 1.100 m2 del máximo confort, innovación, seguridad y funcionalidad. Cuenta con una ubicación privilegiada. situándose en el centro de Barcelona, en Gran Vía de les Corts Catalanes número 456, procurando así la cercanía, accesibilidad y comodidad para aquellos nuevos pacientes que deseen acudir a la misma.



Una embarazada durante una ecografía. iStock



Reimaginando la medicina

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





Farmaci

Nace Farmahelp para luchar contra los desabastecimientos de fármacos



El Consejo General de Farmacéuticos ha puesto a disposición de los colegios provinciales una plataforma de servicio que permite la comunicación instantánea entre las farmacias comunitarias con el
objetivo de facilitar el acceso del medicamento a
los pacientes ante una situación de urgencia o ante
un problema en el suministro. FarmaHelp está pensado para dar soporte a las farmacias en aquellos
casos en los que un paciente solicita un medica-

mento en desabastecimiento o con problemas de suministro que no tiene la farmacia; o bien cuando el paciente lo necesita por una emergencia y no puede esperar los tiempos en que la farmacia lo solicite y reciba de la distribución farmacéutica. Para el presidente del Consejo, Jesús Aguilar, esta nueva herramienta que se pone a disposición es un recurso más al servicio del farmacéutico de cara a ofrecer la mejor prestación a los ciudadanos.

Cánce

Idis desarrolla un observatorio global de tendencias en salud



La Fundación Idis presentó un informe donde se recogen algunos de los aspectos que marcarán el devenir de la atención sanitaria. Conceptos hasta hace unos años novedosos, como e-doctor, biohacking u hospital líquido dejaron de serlo para formar parte del presente, de una forma más o menos desarrollada. Sin embargo, en todos ellos existen amplios márgenes de avance y desarrollo, tanto en el futuro inmediato como en el más lejano. "Este observa-

torio de tendencias muestra una fotografía actual, facilitando la exploración de los futuros emergentes en torno al concepto de salud y cobra especial relevancia en el escenario que nos ha sobrevenido, cuando tenemos aún más necesidad de reconstruir el sistema", afirmó Marta Villanueva, directora general de la Fundación. El trabajo categoriza los avances científicos y tecnológicos con el objetivo de ofrecer nuevas visiones y mejoras.

Terapéutica

Fundación La Caixa e Investigación HM se unen por las macrocefaleas



Con motivo de la celebración el pasado 25 de octubre del Día Mundial de la Investigación de patologías con sobrecrecimiento, la Fundación "la Caixa" y la Fundación de Investigación HM Hospitales han organizado un *medinar* en torno a esta patología en CaixaForum Madrid. Este debate *online*, al que se inscribieron en torno a un centenar de investigadores, profesionales sanitarios y familiares de pacientes, versó sobre el proyecto 'Diagnóstico

genético en pacientes con espectro PROS', que dirige Víctor Martínez, responsable de la Sección de Malformaciones Vasculares e integrante de la Sección de Genética Clínica del Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM) del Hospital Universitario La Paz. Dicho proyecto cuenta con apoyo y financiación de la Fundación "la Caixa", y se cimenta en promover la investigación de estas enfermedades como un desafío global.

Sanidad Privada

Quirónsalud entrega sus II Premios de Investigación



La investigación y la innovación son claves a la hora de prestar una atención sanitaria de excelencia. Por ello, Quirónsalud reconoce con unos galardones los trabajos que más aportan a la terapéutica. En esta edición se ha otorgado el premio 'Investigador Senior Quirónsalud al mejor trabajo publicado en el año 2019 en revista nacional o internacional indexada' a Borja Ibáñez Cabeza por su publicación Serial Magnetic Resonance Imaging to Identify Early Stages of

Anthracycline-Induced Cardiotoxicity, que se centra en paliar la cardiotoxicidad por antraciclinas, un problema frecuente que afecta a los supervivientes de cáncer. El galardón al investigador junior ha recaído sobre Nerea Méndez Barbero por su trabajo The TNF-like weak inducer of the apoptosis/fibroblast growth factor—inducible molecule 14 axis mediates histamine and platelet-activating factor—induced subcutaneous vascular leakage and anaphylactic shock.

DISFRUTE DE LAS REVISTAS DIGITALES

de el Economista.es

Digital 4.0 | Factoría & Tecnología

elEconomista.es

Franquicias | Pymes y Emprendedores

elEconomista.es

Comunitat Valenciana

elEconomista.es

País Vasco

elEconomista.es

Andalucía

elEconomista.es

Transporte

elEconomista.es

Seguros

elEconomista.es

Inversión a fondo

elEconomista.es

Pensiones

elEconomista.es

Turismo

elEconomista.es

Alimentación y Gran Consumo

Buen Gobierno | Iuris&lex y RSC

elEconomista.es

Agua y Medio Ambiente

elEconomista.es

Capital Privado

elEconomista.es

Energía

elEconomista.es

Catalunya

elEconomista.es

Inmobiliaria

elEconomista.es

Agro

elEconomista.es

Sanidad



Puede acceder y descargar la revista gratuita desde su dispositivo en https://revistas.eleconomista.es/





Jesús Aguilar Presidente del Consejo General de FArmacúeticos

Los farmacéuticos somos un freno al imparable avance del virus

an pasado más de 226 días desde que se declaró el Estado de Alarma por primera vez. Sin embargo, incluso antes de que eso ocurriera, la Organización Farmacéutica Colegial ya se había puesto a disposición del Ministerio de Sanidad y de todas las Comunidades Autónomas para hacer frente a una emergencia sanitaria inédita. Hoy, cuando se acaba de declarar el segundo Estado de Alarma, nuestra actitud constructiva es la misma.

En medio quedan más de siete meses en los que la profesión farmacéutica ha dado lo mejor de sí misma en la lucha contra el Covid-19. Un tiempo en el que muchas de nuestras iniciativas se han materializado, evitando contagios -sobre todo entre la población más vulnerable-; y contribuyendo a evitar el colapso de otros recursos del Sistema Nacional de salud.

Así, según los datos del estudio realizado por la consultora GAD3, solo en el primer mes de confinamiento 850.000 ciudadanos recibieron atención farmacéutica en su domicilio, especialmente mayores de 65 años. Mientras que, en el caso de la dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario en farmacia comunitaria, las experiencias de Cataluña, Andalucía o Cantabria han permitido acercar los tratamientos a pacientes vulnerables gracias a la colaboración entre farmacéuticos comunitarios y hospitalarios.

Por no hablar de la permanente monitorización de la disponibilidad de medicamentos a través del Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos (CISMED), cuya información ha permitido adelantarse a los problemas y garantizar la disponibilidad de medicamentos, en especial los relacionados con el Covid-19. En estos momentos, a la vista de la evolución de todos los indicadores, y ante las medidas de reducción de la movilidad e, incluso, confinamiento que se están adoptando en numerosas ciudades y Comunidades Autónomas urge recuperar todas esas acciones para garantizar el acceso a los medicamentos y cuyo impacto ha sido muy positivo.

Pero también es inaplazable adoptar otras nuevas que consigan frenar el imparable avance del virus. Porque esta segunda ola está dejando algunas eviden-



elEconomista ...

cias. El principal reto al que se enfrentan las autoridades sanitarias -Gobierno y Comunidades Autónomas- es tanto ampliar la capacidad de rastreo y cribado del Sistema Nacional de Salud, como reforzar su capacidad asistencial para evitar el colapso de los centros de Atención Primaria.

Y para ambos desafíos, los farmacéuticos y la farmacia ofrecemos, una vez más, nuestra colaboración. Y es que es que llegamos donde otros profesionales sanitarios o recursos sanitarios no llegan. La red de 22.102 farmacias cubre al 99% de la población.

A partir de ahí, no existe ningún obstáculo normativo para que las farmacias comunitarias y los 54.000 farmacéuticos que desarrollan su labor en ellas asuman un papel más activo, desarrollando, por ejemplo, programas y campañas de salud pública que incluyan la realización de test serológicos a la población. Una práctica que ya es un hecho en las farmacias de la provincia de Ourense, donde, conforme a procedimientos enmarcados en protocolos definidos por las autoridades sanitarias, la Xunta de Galicia les ha confiado esa responsabilidad.

Todos sabemos que extender esta medida a otros puntos de España contribui-

ría, precisamente, a controlar la expansión de un virus que está batiendo todas las marcas de contagio, pues supondría multiplicar los puntos de rastreo y cribado, al tiempo que reduciría la presión y carga de trabajo de unos centros de Atención Primaria, cuyos profesionales se encuentran al límite.

No hay ningún obstáculo normativo para que las farmacias asuman un papel más activo, como realizar test Además, debemos tener en cuenta la recomendación acordada en la última reunión al más alto nivel del Consejo Europeo celebrada el pasado 29 de octubre, en la que los Jefes de Estado o de Gobierno de la Unión Europea acordaron apostar por los test rápidos como una pieza clave para la respuesta europea ante esta segunda ola, comprometiéndose a avanzar rápidamente en un enfoque común para su implementación y uso.

En esa misma línea, es incomprensible la escasa -por no decir nuladisponibilidad de vacunas de la gripe en farmacias, justo en unos meses en los que es fundamental que todas las personas de riesgo y sus cuidadores se vacunen para evitar la coincidencia de ambas patologías y sobrecargar, aún más, el sistema sanitario.

Es imprescindible garantizar la existencia de suficientes vacunas en farmacias, e incluso valorar la necesidad de contar con estos establecimientos sanitarios como importante recurso sanitario para la aplicación de la vacunación, siempre que exista una adecuada formación y los correspondientes protocolos definidos por las autoridades sanitarias, en línea con lo que se viene realizando en otros países de nuestro entorno.

En definitiva, la farmacia y todos los farmacéuticos estamos al servicio de la sociedad, de la salud y el bienestar de los ciudadanos. Nadie podrá decir nunca que la farmacia no hizo más durante la pandemia porque no quiso. Lo dimos todo desde el primer día; después, en la fase de desescalada, durante la vuelta al cole y los rebrotes; y, ahora, cuando la segunda ola está a punto de desbordarnos, queremos y podemos hacer más. Estamos ahí, en primera línea de frente contra la pandemia.

A la pregunta cuándo y cómo podemos frenar la curva, la respuesta es ahora y potenciando la labor de los farmacéuticos y la farmacia. Pero no depende de nosotros hacer de la farmacia una barrera todavía más eficaz contra el Cpvid-19. Son otros los que deben dar el paso. Mientras, el virus sigue amenazando nuestra salud, condicionando nuestras vidas, colapsando nuestro sistema sanitario y deteriorando nuestra economía.





RUTI IMMUNE

La empresa, creada por la compañía catalana Archivel, anunció que su vacuna, originalmente desarrollada contra la tuberculosis, se probará contra el Covid en Argentina

Por Javier Ruiz-Tagle. Foto: Ruti Immune

La primera vacuna española contra el coronavirus que llega a una fase clínica avanzada

a compañía Ruti Immune será la primera empresa española en liderar un ensayo clínico para una vacuna contra el Covid. El estudio se realizará en Argentina y la mayor peculiaridad de este antígeno es que originariamente se utilizaba para la tuberculosis. De hecho, varios estudios públicos españoles ya apuntan a la utilidad de estos inyectables para esa enfermedad como respuesta ante el coronavirus. La firma, creada por la biotecnológica catalana Archivel Farma, que actualmente es socia, invertirá entre 600.000 euros y 700.000 para el diseño y reclutamiento de entre 360 y 400 voluntarios. El ensayo comenzará dentro de un mes y se espera que los resultados definitivos de todo el proceso de investigación estén dentro de nueve meses.

Actualmente, la empresa española tiene comprometidos a tres hospitales argentinos, pero no serán los únicos. Actualmente hay otros tres hospitales que estudian el proyecto en sus comités bioéticos y otros cuatro que están evaluando la propuesta. "Esperamos que sean diez en total, además de que serán hospitales de provincias, donde se ha detectado una mayor necesidad y compromiso por el ensayo que proponemos", explica Luis Ruiz, director de la firma.

Mientras que se avanza en el reclutamiento de pacientes, la compañía también tiene que solventar algunos inconvenientes logísticos provocados por la lejanía de Argentina y por la situación internacional del Covid. "Nos tienen que enviar los permisos de importación de nuestra vacuna, que tendrá que revisar la Agencia del Medicamento en España para que nos deje exportarla. Esto puede tardar en total un mes", reconoce Ruiz. El ensayo técnicamente es un Fase 2, porque la vacuna es conocida y tiene asegurados los perfiles de seguridad. El objetivo principal del estudio será evaluar la eficacia de la vacuna RUTI para evitar la infección y disminuir la morbilidad por el coronavirus en personal sanitario. En España, en cuanto se apruebe, el estudio sería público porque estaría liderado por el Institut Germans Trias i Pujol.