

# Sanidad

elEconomista

Revista mensual

2 de marzo de 2017 | Nº 71



**Julio Mayol**

Director médico del Hospital Clínico San Carlos

“El reto es introducir la estrategia de salud en todas las políticas” | P16

Celgene y Bristol Myers Squibb liderarán el crecimiento del sector los próximos cinco años | P26

El presupuesto para tecnologías en Sanidad baja a 14 euros por persona | P12

## ¿POR QUÉ LLEVAMOS DOS AÑOS SIN VACUNAS INFANTILES?

Un problema de fabricación mundial y la falta de previsión de Sanidad acucian un problema que sigue sin solución | P6

## 24. Farmacia

### Las boticas lanzan un plan de ahorro

El seguimiento de la medicación del paciente podría recortar el gasto en 2.272 millones

## 30. Industria

### La venta de genéricos frena su ascenso

El crecimiento del sector toca techo en España y se buscan nuevas regulaciones

## 34. Directivos

### La gestión sanitaria pide más profesionales

La sanidad autonómica realiza 400 cambios directivos tras cada nuevas elecciones

## 36. Caso de éxito

### Tecnología española para detectar tumores

HM Hospitales y Atrys Health desarrollan el primer marcador de tumor cerebral en la sangre

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

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

## En portada

### España lleva dos años con falta de vacunas infantiles

Desde 2015 ha habido desabastecimiento de vacunas de la meningitis B, varicela, tosferina, difteria y tétanos



06



16

## Entrevista

### Julio Mayol, director médico del Hospital Clínico San Carlos

“El reto es introducir la estrategia de salud en todas las políticas y en toda la sociedad”

## Tecnología

### La partida para la ‘e-salud’ baja a 14 euros por persona

El porcentaje de inversión en tecnologías para la salud tan sólo alcanza el 1,26 por ciento del total del sector



12



26

## Industria farmacéutica

### Celgene y BMS liderarán los crecimientos del sector

Los dos laboratorios de EEUU elevarán sus ingresos a ritmos del 16 y el 8 por ciento anual, según la consultora Evaluate

# Gobierno y laboratorios deben dar explicaciones por la falta de vacunas

**D**esde hace casi dos años, las vacunas de la tosferina, la varicela y la meningitis han presentado problemas de desabastecimiento en las farmacias españolas, causando la lógica alarma entre los padres. Ahora le ha llegado el turno al tétanos, que engorda la lista de fármacos que, estando dentro del calendario oficial, presentan falta de existencias. Para hacer frente a la crisis, el Ministerio de Sanidad ha suspendido de forma temporal la dosis de recuerdo y restringirá su uso a los casos de riesgo. Sin duda, la decisión tomada por Sanidad es fruto de una defectuosa planificación. Las crisis pasadas deberían haber servido para prever este tipo de riesgos con las vacunas. Resulta evidente que Sanidad no ha aprendido una necesaria lección.

Se trata de un verdadero problema y una angustia para muchas familias españolas, quienes se han visto desde hace demasiado tiempo y se ven aún afectadas por una situación de indefensión. Sus pediatras les recomiendan poner a sus bebés una serie de vacunas que luego no encuentran por ningún sitio. Mientras, esos mismos padres siguen preguntando a conocidos, pidiendo favores a médicos o farmacéuticos amigos, e incluso viajando en sus fines de semana a Portugal o Andorra para conseguir la ansiada vacuna de la meningitis o la tosferina, recomendada por su pediatra o su ginecólogo. Es lógico que los medios de

comunicación tengamos que hacernos eco e informar de esta situación. A veces, podemos caer en el riesgo de crear una alarma injustificada, pero la situación sigue siendo desconcertante. El Ministerio de Sanidad les debe transmitir aún a esas familias mucha más información de lo que está haciendo. De todas formas, la Administración sigue teniendo un problema de coordinación interna. Los bandazos en las decisiones sobre la inclusión o no de algunas de estas vacunas en el calendario o su venta libre en farmacia o restringida en el hospital, no ofrecen la confianza deseada en las autoridades sanitarias. Los mensajes son contradictorios en un campo tan delicado como la salud.

Por último, tampoco es de recibo que los laboratorios implicados -GSK y Sanofi- ofrezcan el mismo argumento desde hace dos años para justificar el desabastecimiento: un problema mundial en la fabricación. Dos multinacionales de este tipo deberían ofrecer mucha más información sobre lo que está pasando. Y ofrecer detalles sobre el caso especial en España.

No es suficiente con que Sanidad diga que está buscando dosis fuera y que no hay riesgo. Los laboratorios implicados tampoco pueden dejarlo en un simple problema de fabricación mundial



EL ALTA



**Jesús Acebillo**

PRESIDENTE DE NOVARTIS ESPAÑA

Novartis ha sido reconocida como la mejor empresa 'Top Employers España 2017'. Otras 11 farmacéuticas han entrado en esta selección de 81 empresas.



LA BAJA



**Carmen Montón**

CONSEJERA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA  
La Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana tiene un frente abierto con los empleados de hospitales en concesión y amenaza con despedirlos.

02

## IV Edición de 'Farmaforum'

El próximo 1 de marzo comienza *Farmaforum*, Foro de la industria farmacéutica, biofarmacéutica, cosmética y tecnología de laboratorios. Este año se celebrará en Madrid, en el Pabellón 14.1 de Ifema. Del 1 al 2 de marzo.

## 'Congreso Atención Sanitaria al Paciente Crónico'

Entre los próximos 2 y 4 de marzo, Oviedo acoge el *Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico*, promovido por la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

02

14

## 100 Medidas que mejoran el sector de la salud

La Fundación Economía y Salud presentará un nuevo libro ante diversas personalidades del sector y políticas para posteriormente ser entregado a las Consejerías de Sanidad y resto de Administraciones Públicas.

## 'Congreso de Hospitales y Gestión Sanitaria'

La Sociedad Española de Directivos de la Salud y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería organizan el *20º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria*, que reunirá del 29 al 31 de marzo en Sevilla a más de 2.000 directivos y gestores sanitarios.

29

04

## 'V Congreso Nacional de Pacientes Crónicos'

*Los enfermos crónicos: de pacientes a protagonistas activos del cuidado de su salud.* Es el lema escogido por Semergen y la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, el Foro Español de Pacientes y la Alianza General de Pacientes. En Pontevedra, del 4 al 5 de mayo.

## 'X Conferencia Plataformas Tecnológicas de Investigación'

En Madrid, del 7 al 8 de marzo. Organiza Farmaindustria, en colaboración con Fenin, Asebio y Nanomed.



07



21

## Infarma 2017: 'Valor para la farmacia y valor para el paciente'

Nueva edición del Congreso organizado por los COF de Madrid y Barcelona. Del 21 al 23 de marzo en Barcelona.

Novartis España



# Creando valor

**Innovación | Compromiso industrial | Gestión responsable y sostenible | Empleo**

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



# ESPAÑA LLEVA DOS AÑOS CON FALTA DE VACUNAS INFANTILES

Las familias españolas sufren desde 2015 la falta de las vacunas infantiles más comunes. Los problemas de fabricación junto a la falta de previsión son las principales razones

ALBERTO VIGARIO

**D**esde mediados de 2015, raro son los padres españoles que no han tenido un problema a la hora de vacunar a sus hijos. Y es que hasta cinco de las vacunas infantiles más comunes para bebés y niños pequeños han sufrido de graves desabastecimientos en nuestro país. Primero fue la vacuna de la varicela, le siguió la de la meningitis B y recientemente se han unido a esta lista de falta de suministro las vacunas de la tosferina, el tétanos y la difteria.



Los problemas de fabricación mundial en los principales laboratorios de estas vacunas, la británica GlaxoSmithKline y la francesa Sanofi es, en principio, la causa principal de este desabastecimiento masivo. Sin embargo, en el caso de España se han unido dos aspectos internos más que han servido para agravar el problema. Por un lado, la falta de previsión del Ministerio de Sanidad ante la fuerte demanda de los padres, como se ha puesto de manifiesto con la nueva vacuna de la meningitis y, por otro, la existencia aún de discrepancias dentro de los expertos del propio Ministerio sobre la conveniencia de aumentar el número de población que recibe la vacuna.

Esta última razón se puso de manifiesto con la vacuna de la varicela. El Ministerio de Sanidad impuso un veto a la vacuna Varivax de la farmacéutica Sanofi Pasteur MSD en el año 2013, en la época de Ana Mato. El producto dejó de poder comprarse en las farmacias y pasó sólo a casos excepcionales en los centros hospitalarios. La decisión se tomó porque en aquel momento se impuso en el Ministerio la tesis del grupo de técnicos que apoyan la corriente científica que defiende que es mejor, a largo plazo, que los niños pasen esta enfermedad. Sin embargo, muchos padres -aconsejados por sus pediatras, que sí recomiendan su uso- empezaron entonces a ir a farmacias de Portugal y Andorra, donde si estaba disponible, para comprar la vacuna, que cuesta unos 70 euros cada una de las dos dosis que debe administrarse. 20 meses después de aquella decisión, con elecciones a la vista, y con nuevo ministro en el departamento, Alfonso Alonso, el Ministerio corrigió por completo aquella decisión. No sólo la vacuna volvió a las farmacias, sino que desde principios de 2016 se tomó la decisión de que fuese una de las vacunas incluidas en el calendario común y, por tanto, pasó a estar financiada. De la nada al todo.

En el caso de la vacuna de la meningitis B, también Sanidad tuvo un cambio de criterio. Desde 2013 hasta octubre de 2015, esta vacuna estuvo restringida al uso hospitalario. Con la presión de los pediatras, que recomendaban su uso, y los padres, que viajaban también a Francia o Portugal para comprarla, el ministro Alonso permitió su venta libre en farmacias. La expectación y la demanda fue tal que desde el primer día que salió a la venta, el 1 de octubre de 2015, las farmacias se quedaron sin existencias. Desde entonces, y hasta hoy, apenas unos pocos han conseguido adquirir esta vacuna y las listas de espera son de meses en muchas regiones. La demanda de los padres supera con creces la previsión de abastecimiento del laboratorio, que además sigue teniendo problemas de



## 325

### Son los millones previstos en el contrato de compra de vacunas para los tres próximos años

fabricación. El Ministerio de Sanidad también reconoció que sus previsiones sobre el uso de esta vacuna se habían visto “desbordadas”.

Posteriormente, el Ministerio de Sanidad volvió a tener un problema de desabastecimiento con la vacuna de la tosferina. Las autoridades sanitarias recomendaron el pasado el año pasado extender esta vacunación a las embarazadas entre las semanas 27 y 36. Esta ampliación de la cobertura se realizó sin aviso previo a los fabricantes de la vacuna, lo que unido a un problema mundial en la fabricación ha provocado de nuevo la falta de unidades. Ante el desabastecimiento, varias autonomías optaron por suspender de manera temporal la vacuna de recuerdo de las tosferina que se utilizaba en los niños de seis años para poder vacunar a las embarazadas.

Por último, en este mes, y en esta caso debido al cambio en las condiciones de comercialización de los laboratorios GSK y Sanofi, España se

ha quedado también sin existencias suficientes de la vacuna del tétanos. El Ministerio de Sanidad ha decidido suspender temporalmente la dosis de recuerdo que se aplica a los adolescentes de 14 años y a los adultos, y dedicará las dosis existentes sólo a los casos de riesgo ante heridas o quemaduras que lo necesiten. Mientras, Sanidad está buscando en el extranjero dosis de esta vacuna contra el tétanos para poder importarla a España y recuperar las vacunaciones de recuerdo.

En este caso, las sociedades científicas han manifestado su extrañeza y preocupación por la situación. “La lenta maquinaria burocrática que regula las compras y la distribución en las CCAA hará que se vuelva a la normalidad del suministro, pues el problema de fabricación ya está, al parecer, solucionado. Pero resulta muy incómoda esta situación, ya repetida, en la que los pediatras tenemos que dar a las familias unas explicaciones de algo de lo que no somos siquiera informados”, aseguran desde la Asociación Española de Pediatría.

### Compras en Andorra

Los continuos casos de desabastecimiento están provocando un comercio paralelo de varias de estas vacunas. El Servicio de Inspección del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña ha detectado la existencia de adquisiciones de la vacuna de la meningitis B Bexsero por parte de farmacéuticos titulares de oficina de farmacia fuera de los proveedores autorizados en nuestro país. El Colegio de Farmacéuticos de Barcelona ha informado que hay farmacias que están comprando esta vacuna en el extranjero, concretamente en Andorra, país que no pertenece a la Unión Europea.

La legislación nacional vigente establece que los titulares de farmacia sólo pueden dispensar medicamentos que han sido autorizados previamente por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) y que cuentan con el correspondiente registro y código nacional.

Este Colegio tiene constancia además de que se está produciendo “un desvío de parte de la producción de la vacuna al canal hospitalario cuando la demanda del inyectable se está produciendo de forma mayoritaria en la farmacia, por su accesibilidad y cercanía y como corresponde a un medicamento de dispensación en oficina de farmacia desde octubre de 2015”, según se afirma en el comunicado. Con este objetivo, el Colegio hará un seguimiento mensual sobre las faltas de suministro notificadas por las oficinas de farmacia para su remisión a las autoridades sanitarias.

## Las 5 vacunas con desabastecimiento

### ■ Meningitis B

El Ministerio de Sanidad volvió en el mes de enero a incluir la vacuna Bexsero contra la meningitis B en su lista de medicamentos con falta de suministro. “Esperamos que estas dosis estén disponibles en el segundo trimestre del año”, aseguran desde GSK España.

### ■ Varicela

El Ministerio de Sanidad impuso un veto a la vacuna Varivax de la farmacéutica Sanofi Pasteur MSD en el año 2013. Los padres viajaron entonces a Portugal y Andorra para conseguirla. La vacuna volvió a las farmacias 20 meses después y en 2016 pasó a incluirse en el calendario común.

### ■ Tosferina

Sanidad recomendó el año pasado extender esta vacuna a las embarazadas entre las semanas 27 y 36. Esta ampliación de la cobertura se realizó sin aviso previo a los fabricantes de la vacuna, lo que unido a un problema mundial en la fabricación ha provocado de nuevo la falta de unidades.

### ■ Tétanos y difteria

Ante la falta de existencias, Sanidad ha decidido suspender temporalmente la dosis de recuerdo que se aplica a los adolescentes de 14 años y a los adultos, y dedicará las dosis existentes sólo a los casos de riesgo ante heridas o quemaduras que lo necesiten. Mientras, busca dosis en el extranjero.



# Creemos en la salud persona a persona

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

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



### Elena de las Heras, nueva directiva de MSD en España

La compañía biofarmacéutica MSD cuenta con Elena de las Heras como nueva directora ejecutiva de la Unidad de Atención Primaria, formando parte del Comité de Dirección de la Compañía en España. Su sólida experiencia en este área y su exitosa trayectoria en diferentes posiciones de responsabilidad en áreas clave, refuerzan y dan continuidad al gran trabajo que se realiza en la franquicia de AP.



### Nueva edición de 'Emprende inHealth', de Lilly

Se pone en marcha por segundo año consecutivo *Emprende inHealth*, un programa de impulso al emprendimiento de impacto social en el sector de la salud en España. UnLtd Spain, fundación que apoya el emprendimiento social, y Lilly, empresa farmacéutica que trabaja para mejorar la vida de las personas, se unen de nuevo con el objetivo de buscar a seis emprendedores con ideas innovadoras en el ámbito de la salud, que mejoren la sociedad.



### Novartis, mejor empresa 'Top Employers España'

Novartis ha sido reconocida como la mejor empresa *Top Employers España 2017*, a partir de un riguroso y completo análisis de las condiciones laborales que ofrece la compañía a sus colaboradores y de su estrategia en la gestión del talento. Novartis ha obtenido la mejor calificación entre un total de 81 empresas certificadas este año en España como *TopEmployers*. El análisis internacional es anual y lo elabora el Top Employers Institute.



### Roche creará 50 empleos de alta cualificación

La división de Informática Global de Roche en Madrid crecerá en 2017 para hacer frente a nuevos retos tecnológicos. Para ello abrirá 50 nuevas posiciones que abarcan todos los niveles y tecnologías de la organización, así como la creación de nuevos grupos que anteriormente no se encontraban en el centro, como por ejemplo el equipo de consultoría interna informática, que provee asesoría y soporte a las áreas menos técnicas del negocio.



### Cinfa lanza tres genéricos y amplía en ibuprofeno

Laboratorios Cinfa amplía su portfolio de medicamentos genéricos con la comercialización de cuatro nuevos fármacos, en el tratamiento de la angina de pecho crónica estable y de la insuficiencia cardíaca crónica, en el tratamiento de la rinitis alérgica y la urticaria y ansiedad. Amplía además la gama de ibuprofeno con la comercialización de ibuprofeno cinfamed 400 mg comprimidos recubiertos con película EFG.



## IVI llega a Estados Unidos, de la mano de RMANJ

IVI anuncia su desembarco en Estados Unidos de la mano de RMANJ. En rueda de prensa, los presidentes de IVI, el profesor José Remohí y el profesor Antonio Pellicer, acompañados por los presidentes de RMANJ, Paul A. Bergh, Richard T. Scott y Michael R. Drews, han hecho pública esta fusión que les afianza como el mayor grupo de reproducción asistida del mundo, una nueva compañía cuyo nombre será IVI-RMA Global.



## Fenin firma con KPMG para velar por la formación

Fenin, en colaboración con KPMG, lleva a cabo una jornada de formación sobre la aplicación para el patrocinio indirecto acorde con el nuevo *Código Ético del Sector* que entrará en vigor el 1 de enero de 2018. Este encuentro se produce tras la firma de un convenio de colaboración entre Fenin y KPMG. El objetivo es agilizar la validación del cumplimiento de los requisitos éticos en los eventos formativos de terceros y garantizar la integridad de las ayudas.



## Nueva terapia de protones en cáncer de Quirónsalud

El Grupo Quirónsalud formaliza la compra de un sistema de terapia de protones a la empresa IBA, líder en soluciones de protonterapia, en el marco de su proyecto de construir el primer centro de terapia de protones de España, que estará en funcionamiento en 2019 y que supondrá la inversión de unos 40 millones de euros. Esta adquisición constituye el primer paso en el equipamiento de un centro pionero con la última tecnología.



## Philips recibe el 'Premio Horizon 2020' de la UE

Philips y Diagnostics Development reciben el *Premio Horizon 2020* de la Unión Europea por su plataforma de diagnóstico manual *Minicare I-20*, capaz de detectar de forma rápida y fiable infecciones bacterianas. El test, que se realiza a través de la plataforma, detecta el biomarcador de lipocalina neutrofilica humana con una sola gota de sangre y ha sido reconocido por su capacidad para distinguir entre infecciones bacterianas y virales.



## Sanitas refuerza su Medicina Deportiva con Healthia

Sanitas adquiere Healthia, una plataforma digital de servicios de salud especializada en Medicina Deportiva. Refuerza así su apuesta estratégica por la digitalización de sus productos y servicios. La compra facilita el acceso a estos servicios a cualquier persona, tenga o no un seguro con Sanitas; no solo al deportista de élite, sino a quienes se inician en la práctica deportiva, explica el director general de Sanitas Hospitales, Jesús Bonilla.



# 14 EUROS POR PERSONA EN 'E-SALUD'

El presupuesto destinado por la sanidad española a nuevas tecnologías de la información y la comunicación retrocede y apenas alcanza el 1,26 por ciento del total

JUAN MARQUÉS

La sanidad española está perdiendo terreno en la implantación de las tecnologías de *e-salud* y sistemas de información clínica, a pesar de que España lidere ámbitos como la receta electrónica o haya realizado un gran esfuerzo en desarrollar la historia clínica digital, como pregona el Gobierno.

El porcentaje de inversión en tecnologías de la información y la comunicación (TIC) aplicadas a los sistemas de salud tan solo alcanzó el 1,26 por ciento del presupuesto público en salud en 2015, el 1,44 por ciento

menos que el año anterior, según datos de la Sociedad Española de Informática de la Salud, mientras los países europeos que lideran este proceso invierten entre el 2 y el 3 por ciento. Apenas supone un desembolso de 14,3 euros por persona, insuficiente para acometer la transformación digital que requiere el Sistema Nacional de Salud (SNS), según los expertos.

Se trata de una de las realidades que los proveedores tecnológicos subrayaron en la jornada organizada por la Asociación Salud Digital (ASD) sobre el reto que plantea la cronicidad a la sostenibilidad del sistema y qué

pueden aportar los nuevos servicios digitales de telemedicina, como la teleasistencia o telemonitorización, entre otras, ya que tres de cada cuatro consultas en Atención Primaria son evitables y solucionables por *e-consultas*.

Belén Soto, presidenta de la sección de *e-salud* de Fenin, la patronal que agrupa a las empresas de tecnología sanitaria, reclamó más recursos para acometer la transformación organizativa y tecnológica que requiere el sistema de salud, con el fin de lograr una atención integral de los enfermos crónicos. En opinión de la directora general de IT de General Electric Healthcare, no se trata de digitalizar los procesos, sino de revisar la cartera de servicios digitales para ver cuáles aportan valor en las personas y en los procesos, con el fin de aprovechar las herramientas colaborativas y dotar los programas de un presupuesto específico. “No se puede hacer la transformación con el presupuesto actual, ni se puede lanzar un programa sin presupuesto”, advirtió Belén Soto durante su intervención en la jornada de ASD, que evidenció que la sanidad autonómica peca de lanzar demasiados proyectos piloto en el ámbito de *e-salud*, pero sin lograr su despliegue definitivo.

### Más teleconsulta

En opinión de José María Moyano, director de Sanidad de Fujitsu, “es el momento de dar un nuevo impulso público a la implantación de los Planes Estratégicos de Gestión de Enfermos Crónicos”, a través de una iniciativa pública coordinada del sistema sociosanitario. Los distintos planes diseñados por las regiones no han avanzado y se requiere, a juicio de este experto, potenciar la teleconsulta, entre otras prioridades, además de incrementar el presupuesto en TIC a niveles equiparables a otras organizaciones del mismo nivel de complejidad. “Se han infradotado los sistemas de información y son una parte fundamental del proceso”, asegura Moyano.

La financiación, en cualquier caso, no garantiza el aprovechamiento tecnológico y mucho menos los resultados en salud de un SNS que no está en condiciones de medir todavía. Es la opinión de Julio Mayol, director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid: “Utilizamos la tecnología para todo sin saber qué resultado estamos buscando”. Antes de plantear ningún cambio, “hay que medir lo que estamos obteniendo con lo que tenemos ahora”, subrayó este experto durante la jornada, ya que se corre el riesgo de que “cuando tienes un caos y pones encima tecnología, consigues un caos tecnológico”.

Y es que el reto que plantea la cronicidad a la sostenibilidad del sistema

## Datos en la ‘nube’ para lograr la interoperabilidad

Tan simple como alojar los datos del paciente en la ‘nube’ de Internet y acceder a esta información a través de cualquier aplicación previa autorización del paciente. Es la solución propuesta por el Idis para garantizar la interoperabilidad de los datos y que algunas empresas como Sanitas, QuirónSalud o DKV están ya acometiendo en España. Es el paso lógico que se está dando ya en la sanidad gracias a las nuevas tecnologías que permiten la participación de los pacientes en sus propios procesos asistenciales, recordó el presidente del Idis, Adolfo Fernández-Valmayor. Tecnologías como el ‘new big data’, la medicina no presencial o telemedicina, la ‘m-health’ -salud móvil-, la ‘u-health’ -salud ubicua- y sus derivadas, el

hospital líquido o el hospital ubicuo, la historia clínica electrónica y la interoperabilidad, entre otros avances basados en la tecnología digital, pueden ayudar a reducir la presión asistencial y financiera a la que se enfrenta nuestro sistema, mejorando la accesibilidad, equidad, resultados, seguridad y agilidad de los procesos.

Los ‘wearables’, las aplicaciones móviles, la gamificación, la realidad virtual, la robótica, la modelización, el ‘e-learning’ o el Internet de las cosas, entre otros, están ocupando, asimismo, un papel determinante en los últimos años, en lo que se refiere al ámbito de la salud. Y es que son más las personas que buscan información, se forman, resuelven dudas e interaccionan con sus pares a través de

estos mecanismos, bien sea en un entorno profesional o más lúdico, señaló Fernández-Valmayor.

Precisamente, hace un año la Fundación Idis presentó un modelo de interoperabilidad que perseguía situar al paciente en el centro de los procesos, contando con la ayuda del profesional sanitario, que es quien consolida y hace realidad todos los valores de nuestra sanidad. “El objetivo primordial era incorporar la interoperabilidad al sistema a través de una plataforma segura, controlada por el propio paciente, escalable, en constante evolución, que diera cobertura a las expectativas de información clínica generadas a lo largo del proceso asistencial y del propio acto médico en sí”, apuntó este experto. Un año después, se presentó la aplicación práctica de este modelo, la plataforma ‘Mi e-Salud’, a través de la cual se puede contribuir a generar un sistema sanitario integrado en el que el paciente pueda discurrir y transitar con absoluta libertad, una vez que puede disponer de su propia información clínica completa y en cualquier lugar, siendo además accesible para el profesional sanitario de una forma ágil y segura. “El camino se demuestra andando y nuestros pasos ya se dirigen hacia la consecución de un objetivo evidente: facilitar que el paciente sea corresponsable de la gestión de su propia salud situándose en el centro de toda nuestra atención y servicios”, explicó el presidente del Idis.



## Presupuesto invertido en salud digital

	2013	2014	2015	VARIACIÓN 2014-2015 (%)	
Presupuesto global sanitario (miles €)	52.204.838	51.857.952	52.908.901	↑	2,03
Presupuesto TIC de las CC.AA. (miles €)	624.605	660.972	664.628	↑	0,55
Presupuesto TIC de las CC.AA. respecto al global sanitario (%)	1,27	1,26	-1,44	↑	1,20
Presupuesto TIC por persona protegida (€)	13,53	14,31	14,32	↑	0,12

Fuente: SEIS.

elEconomista

exige, sin duda, respuestas orientadas a transformar el modelo. No en balde, en España hay 2,4 millones de personas de más de 80 años y otras 400.000 de más de 90 años, y un 45 por ciento de ellas presenta algún tipo de patología crónica.

El objetivo en cronicidad es conseguir un sistema de atención integral a las personas que promueva el trabajo colaborativo de los profesionales, que aproveche las estructuras sociosanitarias y los domicilios y que tenga un componente de participación activa del paciente en su salud. Son algunas de las recomendaciones recogidas en el documento elaborado por Fenin, con la Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales (Ametic) y la Sociedad Española de Informática de la Salud (Seis).

### Déficit de planificación

Para afrontar este desafío, el portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Socialista en el Senado, José Martínez Olmos, considera prioritario dotar al sistema de “una planificación estratégica que permita definir el futuro”. “Nos falta una definición de qué queremos hacer y qué medios hay para llegar al objetivo”, señaló Martínez Olmos durante su intervención. La planificación ofrecería instrumentos para corregir el rumbo del sistema, en opinión del exsecretario general del Ministerio de Sanidad, quien defiende la necesidad de alcanzar un Pacto de Estado en sanidad para acometer estas reformas. “Nuestra fórmula es aprovechar la experiencia con el sistema de pensiones universal, público y sostenible, y acordado ese modelo, activar medidas a corto sobre un modelo consensuado”, explicó.

Donde sí hay consenso, al menos entre los expertos, es en la necesidad de cambio y de ofrecer soluciones. “La palabra clave es transformación, no que sea digital”, sostiene David Labajo, de Telefónica. El cambio, en su

## Diez medidas para la transformación digital del sector sanitario

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, la Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Telecomunicaciones y Contenidos Digitales y la Sociedad Española de Informática de la Salud elaboraron un documento de consenso con 10 medidas dirigidas a impulsar la transformación digital del sector salud en el que se pide, en primer lugar, un Plan Estratégico que establezca prioridades e hitos en el tiempo y la creación de una Oficina Nacional de Salud Digital que desarrolle el proceso y coordine a los distintos agentes. Asimismo, se solicitan mayores recursos para incorporar servicios de salud digitales en la cartera de prestaciones y un marco presupuestario para poner en marcha este proceso, ya que se constata que el nivel de inversión actual del 1,2 por ciento del gasto sanitario es insuficiente, incluso para garantizar la continuidad de los servicios existentes.



ISTOCK

opinión, va a llegar porque los usuarios están haciendo que llegue. “Nos hemos gastado mucho en sistemas de interoperabilidad cuando el principal medio de transmisión sanitaria es WhatsApp y el segundo es Facebook”, recuerda.

Miguel Ángel Montero, director de Sanidad y Servicios Sociales de Informática de El Corte Inglés, incide en este enfoque. “Hay un canal más que es el digital; no hay que derivarlo hacia la telemedicina, hay que aprovecharlo para comunicarnos más veces con los pacientes”, señaló durante la jornada de la ASD donde también achacó que hay un exceso de evaluación en Sanidad. “La banca no lo evalúa, sabe que si no aprovecha el nuevo medio, muere”, aseguró.

De lo que no cabe duda es que no se puede prescindir de las TIC aplicadas a los sistemas de salud, ya que se trata de una herramienta necesaria para explotar la información que genera el propio sistema, además de servir de soporte a la decisión clínica o identificar grupos de riesgo o involucrar al paciente en el cuidado de su propia salud. No hay que olvidar que un paciente implicado presenta unos costes entre un 8 y un 21 por ciento inferiores, además de incrementar el seguimiento y cuidado de la enfermedad del paciente.



**Agustín Albillos**

Presidente de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH)

Por primera vez en España, distintas organizaciones se han unido para divulgar la importancia de la eliminación de las hepatitis víricas en nuestro medio y promover las medidas encaminadas para su prevención

# Hepatitis C: el principio del fin

La infección por el virus de la hepatitis C constituye un problema de salud pública de primera magnitud y representa la primera causa de cirrosis, enfermedad hepática terminal y cáncer de hígado en los países occidentales. Sin embargo, según el *Libro Blanco de la Hepatología en España*, publicado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), solo el 40 por ciento de los pacientes con esta enfermedad está diagnosticado en nuestro país, un porcentaje muy inferior al de otros países como Francia (69) y Alemania (57 por ciento).

El Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud ha permitido que en los dos últimos años más de 60.000 pacientes con enfermedad hepática avanzada causada por el virus C accedan al tratamiento antiviral y con ello a la curación de la infección. Ello ha supuesto el tratamiento de la mayor parte de pacientes con hepatitis C y enfermedad hepática avanzada. El tratamiento debe extenderse a corto plazo a los pacientes con hepatitis C y enfermedad hepática leve. En ellos, el tratamiento comporta no sólo beneficios individuales, al evitar el daño hepático, sino colectivos, pues al curarse el paciente deja de ser una fuente de contagio. De este modo, el tratamiento puede usarse como un arma para conseguir eliminar la enfermedad. En los próximos años, y siguiendo el mandato de la Organización Mundial de la Salud, el reto es conseguir la eliminación de la hepatitis por virus C y B, reduciendo para el año 2030 en un 90 por ciento su incidencia y en un 65 por ciento su mortalidad. El objetivo para el año 2020 es reducir la incidencia en un 30 por

ciento. Es vital que España se sume a este objetivo. Para conseguirlo, es necesario redefinir el Plan Estratégico de la Hepatitis C y planificar medidas para incrementar la tasa de diagnóstico, mejorar el acceso de los pacientes al tratamiento e implementar medidas preventivas y de educación en salud.

Para avanzar en la lucha contra esta enfermedad, la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH) y la Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis (ASSCAT) han creado la *Alianza para la Eliminación de la Hepatitis Víricas en España*, que tiene como objetivo aunar esfuerzos para lograr a medio plazo eliminar estas infecciones en nuestro país.

Por primera vez en España, distintas organizaciones se han unido para divulgar la importancia de la eliminación de las hepatitis víricas en nuestro medio y promover las medidas encaminadas para su prevención. Esta alianza, presentada en el marco del Congreso Anual de la AEEH, nace con la vocación de informar y concienciar a la población general, profesionales sanitarios y poblaciones de riesgo de la necesidad de acometer la detección precoz de la hepatitis vírica en general, y de la hepatitis C en particular, extender el tratamiento a todos los pacientes, y trasladar a las autoridades sanitarias la necesidad de implantar programas de cribado y planes para la eliminación de la enfermedad.



# JULIO MAYOL

Director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

JUAN MARQUÉS

Julio Mayol, cirujano y director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, es un referente mundial en innovación. Atiende a *elEconomista* en conversación telefónica y responde formulándose al mismo tiempo muchas preguntas, analizando los retos del sistema de salud siempre desde un ángulo nuevo, yendo al fondo de las cuestiones e insistiendo en la necesidad de generar resultados en salud en lugar de producir más servicios.

**Dejar que las cosas evolucionen al ritmo o con la inercia que lo están haciendo hasta ahora, ¿es una opción de futuro para el SNS?**

Es una reflexión interesante porque, si vamos a hacer mal las cosas, es mejor no hacerlas. Pero sí, se necesitan cambios profundos para lograr la transformación del modelo. El problema es que ahora estamos ante cambios muy importantes. Está cambiando la sociedad mucho más rápidamente y generando nuevas demandas y eso aumenta las tensiones si no conseguimos cambiar el sistema para mantener el paso de nuestra sociedad, ahí está el reto.

**¿Cuál debería ser el primer paso para acometer esa transformación?**

Hay que definir muy bien, en primer lugar, qué queremos conseguir y crear

**“El reto es introducir la estrategia de salud en todas las políticas y en toda la sociedad”**

una historia, una visión, una narrativa para transmitir, comunicar y convencer a todos los que estamos involucrados en el sistema sanitario, teniendo en cuenta que el reto es la salud en todas las políticas y en toda la sociedad. No es un problema del sistema, sino de toda la sociedad. ¿Queremos un sistema que se dedique a producir servicios o un sistema que genere resultados? Es la gran decisión que hay que tomar en los próximos años.

**Pero además de generar resultados, también hay una necesidad de hacer más. ¿Cómo reducimos si no las listas de espera o cómo afrontamos la cronicidad y la creciente presión asistencial?**

La primera pregunta es: ¿todo el mundo que está en la lista de espera tiene que estar en la lista de espera? Damos por hecho que todo lo que hacemos lo hacemos bien y las indicaciones son correctas. No parece que sea el problema de los sistemas modernos. El problema es que hay gente sobrediagnosticada y sobretratada y otra infradiagnosticada e infratratada. Lo que hay que hacer bien es identificar, diagnosticar y prescribir bien lo correcto a la persona correcta en el momento correcto. Las listas pueden ser grandes o pequeñas y no significa que sean correctas.

**Madrid y Cataluña son las únicas Comunidades que aportan indicadores hospitalarios de resultados. ¿Qué impacto está teniendo la publicación de estos indicadores y su comparación entre hospitales? ¿Están sirviendo para corregir desviaciones entre centros?**

En primer lugar, es algo por lo que nos valoran como proveedores del sistema y tenemos que tender a mejorar esos indicadores. Hay algunos problemas todavía. Siendo eso muy adecuado, y soy totalmente partidario de la publicación de resultados, el problema es que si los indicadores y los resultados que se publican no son los adecuados podemos estar poniendo el foco donde no corresponde. Y una gran parte de lo que se considera resultados publicados son indicadores de proceso, no resultados en salud. Lo que hay que hacer es no solo producir indicadores de proceso, sino fundamentalmente resultados en salud: ¿vive la gente más?, ¿tiene menos discapacidad?, ¿pierde menos años de vida?, ¿es menos frágil? Nos interesa medir y publicar esos indicadores.

**En el caso, por ejemplo, de índices de mortalidad, readmisiones, etcétera, ¿no se trata de una información válida tanto para profesionales como para pacientes?**



EE

“Si vamos a hacer mal las cosas, es mejor no hacerlas”

“Hay que definir muy bien qué queremos conseguir”

“Se puede hacer con mucha calidad una cosa errónea”

Es interesante, pero insuficiente. Hay que dar mucha información sobre el contexto. Y, sobre todo, hay que convertir esto en una sanidad que aporte valor tanto al individuo como a la población. Esto es más complejo que simplemente la estancia media, las infecciones, que está bien, que es obligatorio medirlo y mejorarlo lo máximo posible para hacer lo que uno hace con calidad. Pero, antes de hacer con calidad lo que uno hace, porque se puede hacer con mucha calidad una cosa errónea, es tender a hacer bien lo correcto, a definir como sociedad qué es lo que queremos conseguir, cuánto queremos conseguir de eso, qué estamos dispuestos a pagar y crear las herramientas para hacerlo.

**Por poner un ejemplo, en esa planificación estratégica, si quisiéramos reducir la obesidad infantil, ¿qué habría que hacer, en su opinión?**

A lo mejor no es necesario invertir más en el sistema sanitario; será mejor invertir en otras cosas. Esa es la estrategia de la salud en todas las políticas. Si nos convertimos en una sociedad orientada a conseguir la mayor salud para sus ciudadanos, a lo mejor no hay que gastar tanto en el sistema sanitario, sino en el educativo o en las infraestructuras de los barrios o en la arquitectura de las casas. Eso puede llegar a tener más impacto en la salud de los ciudadanos que operar a alguien cuando ya es obeso, reduciríamos la cantidad de gente que llega a ser obeso, el número de intervenciones. Hay una manera de reducir las listas de espera y es que haya menos enfermos, eso hay que pensarlo globalmente, no vale un enfoque demasiado intervencionista en la parte de provisión de servicio sanitario.

**Centrándonos en los resultados, ¿tiene sentido la polarización entre público y privado?**

El objetivo para todos debe ser obtener los mejores resultados por cada euro invertido, da igual que sea público o privado. Hay que identificar los mejores resultados. Lo fundamental es que tomemos decisiones basadas en maximizar el valor para los pacientes, el resultado en salud y no en los medios que utilizamos para conseguirlos.

**¿Cómo habría que encarar la cronicidad para conseguir la continuidad asistencial?**

Tiene que ver con cambios de hábitos de vida y conductas, con entender por qué las personas toman determinadas decisiones en su vida, con conocer todos los factores y cuáles son los que más impactan en la toma de



decisiones de los ciudadanos. ¿Por qué alguien no hace ejercicio? o ¿por qué consume comida que no es la adecuada? Hay que entender los porqués y entonces podremos desarrollar buenas herramientas. Es importante en la cronicidad no tanto la cronicidad en sí misma; hay gente que vive con una enfermedad crónica sin ningún tipo de problema. El problema son las descompensaciones, la fragilidad, la complejidad cuando se padecen varias cosas. El sistema entonces no entiende bien cómo reaccionar, ahí es donde tenemos que hacer mucha investigación, entendiendo patrones de conducta. No todos los seres humanos somos iguales, aunque al final nos comportemos con una determinada distribución; hay que entender a los ciudadanos y a los pacientes desde un punto de vista individual, pero también colectivo.

**¿Y qué papel debe desempeñar la tecnología en este proceso? ¿Dónde cabe invertir en TIC para obtener mejores rendimientos en salud?**

Ahora mismo en todo aquello que nos permita almacenar y explotar los datos

**“Hay que ir a una Sanidad que aporte valor al individuo y a la población”**

**“Una manera de reducir las listas de espera es que haya menos enfermos”**

sanitarios que llevamos acumulados durante años, que nos permita entender qué hemos hecho y qué resultados estamos obteniendo, y muy probablemente invertir en tecnologías cognitivas, desde inteligencia artificial, que nos permitan crear herramientas de ayuda en la toma de decisión de los profesionales sanitarios, de los pacientes y de los gestores.

**¿No se están todavía entonces explotando los datos obtenidos con este objetivo?**

Es una investigación, pero todavía no es el común de la práctica clínica. No tomamos decisiones con herramientas basadas en la explotación de datos; hay cosas en desarrollo, pero no están implementadas en el sistema e integradas como algo normal y rutinario.

**¿En qué proyectos está trabajando desde la Unidad de Innovación del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos que dirige?**

Tiene mucho que ver con la creación de herramientas de modelos computacionales para la ayuda en la toma de decisión, en enfermedades crónicas, especialmente diabetes y salud mental, y desarrollo de herramientas que nos permitan conocer mejor qué quieren y necesitan los pacientes y cómo proporcionárselo. Interesa más la innovación tecnológica sobre nuevos procesos, la ingeniería de procesos con nuevas tecnologías para ayudarlo, que simplemente las mejoras incrementales en algunos de los procesos diagnósticos o terapéuticos que ya llevamos a cabo.

**¿Y en qué lugar queda la financiación del sistema? ¿Habría que gastar más o mejor? ¿Qué debería garantizar, en su opinión, el futuro modelo de financiación autonómica en Sanidad?**

Primero tenemos que tomar la decisión sobre qué queremos, ¿servicios o resultados? Si definimos los resultados también podemos definir el nivel de inversión necesaria. Si no conocemos qué queremos obtener no hay manera de presupuestar. Si quieres ir de aquí a Murcia, yo te puedo dar varios presupuestos dependiendo de que vayas en bicicleta, coche, tren o avión, ahora si tu no me dices que vas a Murcia, que solo quieres viajar, entonces no hay presupuesto posible.

**Pero a la luz del gasto real generado por el sistema, ¿sabemos que se está infrapresupuestando?**

O no, no sabemos si se está gastando mal, no lo sabemos. Por eso hay que



explotar los datos para entender dónde contribuimos, dónde no estamos utilizando bien la financiación.

**Si se auditaran a fondo los resultados en salud obtenidos por un hospital, ¿dónde observaríamos más ineficiencias o derroches?**

Sabemos desde hace mucho tiempo que el sistema sanitario produce entre un 10 y un 20 por ciento de la salud de los ciudadanos, y el presupuesto alcanza entre un 60 y un 80 por ciento. Quiere decir que hay otras muchas cosas que estamos infrapresupuestando; el 80 por ciento que produce mejoras en la salud del ciudadano no se lleva el 80 por ciento del presupuesto. Probablemente es que no estamos haciendo bien los deberes.

**¿Cómo ve la creciente presión que están ejerciendo las asociaciones de pacientes para financiar sus tratamientos a cualquier coste o de ciudadanos para tomar decisiones de planificación hospitalaria? En sus propias palabras, ¿es el derecho individual superior al bien común con recursos limitados?**

Como individuo quiero tener acceso al último tratamiento porque no tengo otra esperanza, aun sabiendo que las posibilidades que eso funcione son bajas y, a la vez, hay gente que no tiene acceso a lo mínimo. ¿Cómo reconciliar el derecho individual con la obligación de los gobernantes de dar asistencia a personas que tienen cosas mucho más normales, más prevalentes y que no tienen acceso porque no son tan visibles? Eso es un problema que tiene que ver con la ética de la toma de las decisiones.

**¿Y si utilizamos AVAC?**

La tendencia hasta ahora en los sistemas sanitarios era hacerlo desde el punto de vista del imperativo categórico, es muy kantiano. Da igual el resultado, porque como lo que hago es bueno está justificada cualquier decisión, mi intención es buena, no me midas por los resultados, mídeme por la intención. Cuando comienzan a escasear los recursos, uno se vuelve más utilitarista, empieza a medir los AVAC -Años de Vida Ajustados por Calidad-; no me midas por la intención, sino por el resultado. El problema es que en las sociedades anglosajonas eso está bien visto; en las sociedades católicas y mediterráneas es contrario a nuestra cultura y crea tensiones. Pero, en efecto, ¿por qué tratar a un grupo con un dinero cuando este dinero dedicado a otra cosa podría tener más impacto? Ese es un dilema ético muy importante que tienen que afrontar los políticos, evidentemente.

“Si no sabemos qué queremos obtener, **no hay manera de presupuestar**”

“No decidimos con herramientas basadas en **la explotación de datos**”

“El sistema sanitario produce un 10-20% de **la salud de los ciudadanos**”



**María Ballesteros  
Pomar**

Responsable de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética de la Sección de Endocrinología y Nutrición del Complejo Asistencial Universitario de León

El 26,9% de los enfermos ingresados en un Servicio de Medicina Interna tienen riesgo de desnutrición en el momento del ingreso hospitalario y el 18% de los hospitalizados desarrolla desnutrición durante su estancia hospitalaria

# La desnutrición hospitalaria incrementa el gasto sanitario

La desnutrición relacionada con la enfermedad es una condición común en nuestros hospitales que no podemos pasar por alto debido a las importantes implicaciones que tiene para la salud y calidad de vida del paciente, y su impacto en el Sistema Nacional de Salud. Nos enfrentamos a un grave problema sociosanitario que irá en aumento en los próximos años motivado por el envejecimiento de la población, y que a día de hoy ya afecta a 1 de cada 4 personas hospitalizadas en España, cifra que aumenta a 1 de cada 2 entre nuestros mayores.

Consecuentemente, nuestro sistema de salud también se resiente, ya que estos pacientes son más vulnerables y susceptibles a infecciones y evolucionan peor de sus enfermedades. Esto se traduce en más cuidados y días de estancia hospitalaria que, en suma, revierten en el aumento del gasto sanitario.

Así lo confirma un reciente estudio realizado en el Complejo Asistencial Universitario de León, titulado *Repercusiones clínicas y económicas de la desnutrición relacionada con la enfermedad*. Los resultados revelan que el 26,9 por ciento de los enfermos ingresados en un Servicio

de Medicina Interna tienen riesgo de desnutrición en el momento del ingreso hospitalario y que el 18 por ciento de los que son hospitalizados con un buen estado nutricional desarrollan desnutrición durante su estancia hospitalaria. La desnutrición supone un incremento de hasta un 35 por ciento de los costes sanitarios comparado con los costes asociados a los pacientes no desnutridos. Estamos hablando de 2,5 días más de estancia en el hospital y un sobrecoste de 767 euros por paciente, lo que implica un exceso de gastos relacionados con la desnutrición de 646.419,93 euros anuales en el servicio estudiado. Por lo tanto, la desnutrición debería ser un argumento de peso a la hora de debatir sobre el estado de salud de un paciente.

Las conclusiones de este estudio nos deberían invitar a reflexionar sobre cómo estamos abordando la desnutrición en nuestros hospitales. La alimentación juega una pieza clave en el proceso de recuperación del paciente, pero las condiciones que le rodean no siempre son las más favorables: no se le presta demasiada atención ni se le da el valor necesario en personas que además han perdido el apetito por la propia enfermedad y otros factores condicionantes.

Se ha demostrado que los pacientes pierden de media un kilo de masa muscular desde el momento del ingreso hasta el alta. Aunque aparentemente pudiera parecer que no tiene transcendencia, sin duda esta disminución de la masa muscular, debido a la enfermedad y la inmovilización, tiene serias secuelas en el paciente y contamos con estrategias terapéuticas para ello.

Actualmente existen novedosos suplementos nutricionales especializados que no solo nutren al paciente, sino que favorecen la recuperación de los músculos y ayudan al paciente a recuperarse mejor y más rápidamente. El estudio *NOURISH*, realizado en hospitales americanos y apoyado por Abbott, concluye que uno de cada 21 pacientes mayores, desnutridos y hospitalizados por enfermedades cardiovasculares y pulmonares, podría salvar su vida con un correcto abordaje nutricional con el uso de un suplemento nutricional oral de estas características.

De la misma manera que nos preocupamos de que los pacientes tengan la medicación adecuada, deberíamos preocuparnos porque estén recibiendo la alimentación adecuada o suplementos nutricionales orales especializados en los casos en que sea necesario. Estos suplementos han demostrado ser eficaces para revertir la desnutrición y la pérdida de masa muscular asociada, mejorando la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad de estos pacientes.

La detección de la desnutrición y la intervención temprana son una pieza clave en el proceso de recuperación del paciente, aunque no siempre es fácil dada la inespecificidad

de los síntomas en una fase inicial, pudiendo percibirse como no prioritario frente a otras patologías. Esto pone de relieve la necesidad de instaurar protocolos que nos ayuden a identificar el estado de salud nutricional y muscular del paciente en el momento del ingreso, y reforzar el seguimiento a lo largo de su estancia en el hospital. Lo primero es detectar el problema de la desnutrición en los hospitales lo más precozmente posible para poder diagnosticar y tratar a los pacientes en riesgo. Para ello, es necesario formar a todo el personal sanitario para que sean conscientes del problema y además conozcan las herramientas para detectarlo, lo que conocemos como cribado nutricional. En segundo lugar, es importante dotar a todos los hospitales de unidades de nutrición para abordar correctamente el tratamiento de la desnutrición.

Debemos asumir la desnutrición hospitalaria como un problema de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud. No sólo está en riesgo la calidad de vida de nuestros pacientes, también compromete la salud de nuestro sistema sanitario, ya debilitado de por sí. Ahora que disponemos de datos fehacientes sobre el impacto real de la desnutrición hospitalaria, tal y como se desprende de ambos estudios, es importante que no caigan en el olvido y nos ayuden a establecer los próximos pasos a seguir.

Como ya dijo en el siglo pasado el Dr. Wretlind, uno de los padres del soporte nutricional, “la desnutrición en los pueblos es un signo de pobreza. La desnutrición en los hospitales es un signo de ignorancia. No nos preguntemos si debemos tratar la desnutrición o no, sino cómo hacerlo”.

## María Ballesteros Pomar

Responsable de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética de la Sección de Endocrinología y Nutrición del Complejo Asistencial Universitario de León

De la misma manera que nos preocupamos de que los pacientes tengan la medicación adecuada, deberíamos preocuparnos porque estén recibiendo la alimentación adecuada o suplementos nutricionales orales especializados

# Premios Everis

La Fundación Everis galardona a los más emprendedores

El proyecto ganador, premiado con 60.000 euros, es el producto 'Exo-Wound', que desarrolla terapias celulares aplicadas a la medicina regenerativa para las lesiones de la piel que afectan a 75 millones de personas.

ELECONOMISTA

La Fundación Everis ha otorgado el *Premio Everis 2016* a Exogenus Therapeutics, una empresa biotecnológica portuguesa orientada al desarrollo preclínico y clínico de terapias celulares aplicadas a la medicina regenerativa. Además, están desarrollando su primer producto, *Exo-Wound*, para el tratamiento de heridas crónicas que afectan a más de 75 millones de personas en todo el mundo, y de las que el 70 por ciento no pueden curarse con una atención estándar. El galardón supone una cuantía de 60.000 euros para el proyecto ganador, así como un servicio de asesoramiento valorado en 10.000 euros a cargo de i-deals, bróker tecnológico de Everis.

Exogenus Therapeutics, que ha competido en la categoría de *Biología y Salud*, está compuesto por un equipo de emprendedores portugueses, lo que impulsa la vocación internacional de los Premios. En esta XV edición se han presentado más de 600 proyectos procedentes de 10 países, entre los que destacan España, Portugal, México, Brasil y Chile, y se han incorporado a la semifinal los proyectos ganadores del certamen local de Argentina, Colombia e Italia. Por primera vez en la historia de los Premios, un proyecto de Latinoamérica (Argentina) ha pasado a la final.

Luisa Marqués, directora de operaciones de Exogenus Therapeutics, ha afirmado que "las heridas crónicas continúan siendo un gran problema, y hay otras enfermedades subyacentes como el envejecimiento, la obesidad y la diabetes que tienden a incrementarlas. Hay soluciones, como la que proponemos, que pueden ayudar a resolver estos problemas y de las que toda la sociedad se podría beneficiar". Para Eugenio Galdón, presidente de la Fundación Everis, "los premiados de este año han conseguido hacer sencillo lo complejo, encapsular la tecnología en un formato asequible para beneficio de toda la sociedad". Ha concluido señalando que "la gran potencia de la fundación es lo que estamos dispuestos a hacer por los demás, como las 2.300 horas dedicadas a actividades de voluntariado en el presente año".



## EXOGENUS THERAPEUTICS, LA BIOTECNOLÓGICA PORTUGUESA QUE CURA LAS HERIDAS CRÓNICAS

# DISFRUTE DE LAS REVISTAS DIGITALES

de **elEconomista**.es

**D**<sup>Tecnología</sup>  
**igital**  
elEconomista

**T**  
**ransporte**  
elEconomista

**Ecomotor**.es

**S**  
**eguros**  
elEconomista

**A**  
**gua**  
elEconomista y medio ambiente

**S**  
**anidad**  
elEconomista

**P**  
**aís Vasco**  
elEconomista

**A**  
**ndalucía**  
elEconomista

**E**  
**nergía**  
elEconomista

**A**  
**gro**  
elEconomista

**P**  
**yμες**  
Autónomos y emprendedores  
elEconomista

**V**  
**alenciana** Comunitat  
elEconomista

**I**  
**nmobiliaria**  
elEconomista

**F**  
**ranquicias**  
elEconomista

**M**  
**adrid**  
elEconomista

**L**  
**uris&lex**  
elEconomista

**C**  
**atalunya**  
elEconomista

**I**  
**nversión** a fondo  
elEconomista

**A**  
**limentación** y gran consumo  
elEconomista



Disponibles en todos  
los dispositivos  
electrónicos

Acceso libre descargándolas en:

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

# LA FARMACIA LANZA UN PLAN DE AHORRO DE 2.272 MILLONES

El giro hacia una botica más centrada en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente que en la dispensación de medicamentos, arroja un saldo positivo millonario para el SNS

JUAN MARQUÉS

**E**l Gobierno tiene ya encima de la mesa de la ministra de Sanidad un plan de ahorro en gasto sanitario que podría ascender hasta los 2.272 millones de euros al año. Es la cifra que los farmacéuticos españoles han avanzado tras analizar los resultados obtenidos por el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en la farmacia.

Durante 12 meses, y dentro del programa *conSIGUE* que impulsa el Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos, 126 boticas de 12 provincias han efectuado un especial seguimiento de la medicación de 877 pacientes mayores de 65 años, que fueran enfermos crónicos polimedificados -en tratamiento con cinco o más medicamentos-, el colectivo que mayor gasto farmacéutico y costes añadidos genera en España.

Los resultados de este servicio farmacéutico, que no estriba en dispensar más medicamentos, sino en detectar problemas relacionados con los fármacos para prevenir y atajar cualquier complicación asociada a la medicación que pueda acarrear un ingreso hospitalario o atención en



ISTOCK

Urgencias, han sido “espectaculares”, según los calificó durante su presentación Fernando Martínez, investigador de la Universidad de Granada.

El presidente del CGCOF, Jesús Aguilar, considera necesario que “una vez que el servicio ha demostrado que genera ahorros, debe contar con una remuneración expresa, que reconozca esta labor asistencial del farmacéutico y le permita hacer frente a las inversiones necesarias su implantación en la práctica cotidiana”. En cualquier caso, no será un freno para una farmacia que ofrecerá el servicio a todas las Administraciones para que puedan hacerlo suyo. “Esos costes hay que evaluarlos, es un gran producto, utilícelo y ya veremos cómo y cuánto se tiene que remunerar”, señala Aguilar.

Y es que el seguimiento farmacoterapéutico exige una inversión en recursos humanos y también espacio dentro de la farmacia para llevar a cabo de forma confidencial la entrevista con el paciente y el registro de datos que requiere este servicio, según explica Fernando Martínez. Este experto pone el listón de pacientes que se podría beneficiar de esta prestación en una media de 180 por farmacia para que fuese viable sin tener que destinar

recursos adicionales o realizar nuevas contrataciones.

El precio del servicio, teniendo en cuenta los 442 minutos al año por paciente que el farmacéutico debe dedicar, aparte de otros costes de inversión inicial en empleo y mantenimiento, se valoró en la fase piloto del estudio en 279 euros anuales por paciente. Una inversión que el investigador Fernando Martínez consideró entonces “asumible” para las Administraciones, una vez que los ahorros para el sistema pueden oscilar entre los 180 y los 360 euros por paciente y año. El reto para la botica es convencer primero a las autoridades sanitarias que apoyen esta iniciativa y promuevan la integración del farmacéutico en el SNS, para generalizar después el servicio en la práctica diaria de una red de farmacias de más de 22.000 oficinas por las que pasan a diario 2,3 millones de ciudadanos. De momento, los colegios farmacéuticos de 12 provincias participan en esta iniciativa -Albacete, Ciudad Real, Guipúzcoa, Valencia, La Coruña, Santa Cruz de Tenerife, Las Palmas, Córdoba, Granada, Guadalajara y Huelva- a la que está previsto se sumen seis provincias más: León, Murcia, Cáceres, Zaragoza, Cantabria y Toledo.

## El seguimiento farmacéutico reduce a la mitad los ingresos

Si se extrapolan los resultados consolidados por el seguimiento farmacéutico al colectivo de enfermos crónicos pluripatológicos mayores de 65 años en España, el ahorro estimado podría llegar a ser millonario:

### 2.000

Sólo en ingresos hospitalarios se podrían recortar 1.629 millones de euros, 340 millones en visitas a Urgencias y 303 millones en medicamentos, aparte de mejorar la calidad de vida de los pacientes. En total, más de 2.000 millones de euros de ahorro sin necesidad de aplicar recortes, tan solo potenciando el mayor papel que los farmacéuticos están dispuestos a asumir dentro del sistema para optimizar el resultado del uso de los medicamentos.

### 59,8%

La intervención activa del farmacéutico durante doce meses en el tratamiento farmacológico de los pacientes seleccionados, con una edad media de 73 años, logró reducir en un 54,1 por ciento los problemas de salud no controlados, en un 53,1 por ciento los pacientes que acudieron a urgencias, en un 59,8 por ciento los que fueron hospitalizados, además de alcanzar una reducción media de 0,39 medicamentos por paciente, si se compara con pacientes del mismo perfil.

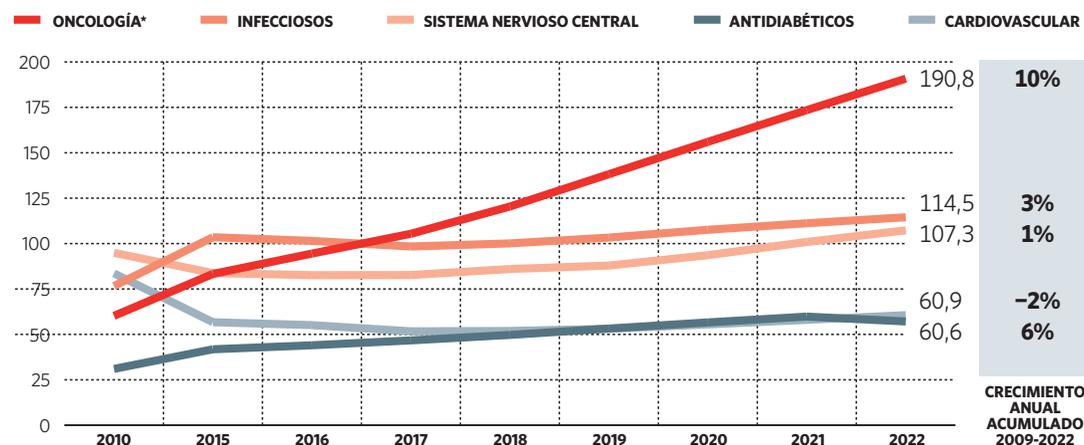
# Quién dominará el mercado farmacéutico

Ranking de ventas farmacéuticas. Mercado de prescripción y OTC

COMPAÑÍA	2015 (MILL. €)	2022 (MILL. €)	TASA ANUAL VAR. (%)	POSICIÓN MERCADO	CUOTA MERCADO		POSICIÓN MERCADO	
					2015 (%)	2022 (%)	2015	2022
Pfizer	45,3	52,7	↑ 2	1	5,7	4,6	1	1
Novartis	42,9	51,1	↑ 3	2	5,4	4,5	2	2
Roche	38,7	50,9	↑ 4	3	4,9	4,5	3	3
Sanofi	38,7	46,1	↑ 3	4	4,9	4,1	4	4
J.&J.	32,5	44,8	↑ 5	6	4,1	3,9	6	5
Merck & Co	35,2	39,7	↑ 2	5	4,5	3,5	5	6
GSK	31,6	36,6	↑ 2	8	4,0	3,2	8	7
AbbVie	22,7	32,9	↑ 5	10	2,9	2,9	10	8
AstraZenec	23,3	28,7	↑ 3	9	2,9	2,5	9	9
Teva	18,0	25,7	↑ 5	14	2,3	2,3	14	10
BMS	14,5	25,6	↑ 8	17	1,8	2,3	17	11
Bayer	20,7	25,6	↑ 3	12	2,6	2,3	12	12
Amgen	20,9	25,4	↑ 3	11	2,7	2,2	11	13
Celgene	9,1	25,4	↑ 16	23	1,1	2,2	23	14
Gilead	32,2	23,8	↓ -4	7	4,1	2,1	7	15
Sum	426,2	534,9	↑ 3	-	54,0	47,1	-	-
Resto del mercado	362,7	601,1	↑ 7	-	46,0	52,9	-	-
<b>Total mercado</b>	<b>788,9</b>	<b>1.136,0</b>	<b>↑ 5</b>	<b>-</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Fuente: Evaluate, 2017. (\*) Excluidos inmunomoduladores. (-) Dato no disponible.

Principales grupos terapéuticos por ventas. En miles de millones de dólares. Previsión 2016-2022



Ranking de medicamentos por ventas. Previsión en millones de dólares

MEDICAMENTO	LABORATORIO	2015	2016	2022	DIFERENCIA	CRECIMIENTO 2016 (%)	CRECIMIENTO 2022 (%)
Revlimid	Celgene	5.801	7.006	13.556	7.755	↑ 21	↑ 5
Humira	AbbVie	14.012	16.015	13.255	-757	↑ 14	↓ -13
Opdivo	BMS	942	3.540	9.133	8.191	↑ 276	↑ 12
Keytruda	MSD	566	1.453	7.983	7.417	↑ 157	↑ 10
Eliquis	BMS	1.860	3.354	6.294	4.434	↑ 80	↑ 1
Darzalex	J&J	20	509	5.824	5.804	-	↑ 26
Prevnar 13	Pfizer	6.245	5.923	5.472	-773	↓ -5	↓ -2
Soliris	Alexion	2.590	2.854	5.338	2.748	↑ 10	↑ 8

elEconomista

## CELGENE Y BMS LIDERARÁN EL CRECIMIENTO DEL SECTOR

Los dos laboratorios estadounidenses crecerán a ritmos del 16 y el 8 por ciento anual durante los próximos cinco años, según el ranking de consenso elaborado por la consultora Evaluate

JUAN MARQUÉS

Celgene y Bristol Myers Squibb (BMS) serán las multinacionales farmacéuticas que más rápido crezcan durante los próximos cinco años. El análisis de sus recientes lanzamientos y de la cartera de medicamentos en investigación así lo apuntan, a juicio de la consultora británica

EvaluatePharma, que ha elaborado un ranking de consenso con los principales analistas del mercado.

El portfolio de Celgene está muy equilibrado y le permitirá crecer a la estadounidense a un ritmo anual del 16 por ciento, según los expertos, en la

estela del alza registrado ya el año pasado del 22 por ciento, que situó sus ventas netas en 11.185 millones de dólares. Su cartera incluye tanto productos consolidados -como su tratamiento contra el mieloma múltiple (Revlimid) que aporta más de la mitad de sus ingresos-, como lanzados de forma reciente -Otezla o Pomalyst, y que representarán un 24 por ciento de la facturación en 2022- o en desarrollo con expectativas muy positivas, como sus nuevas moléculas Ozanimod y Mongersen en esclerosis múltiple y enfermedad de Crohn, además del resto de su cartera en oncología, que contribuirán con un 16 por ciento de las ventas de la biotecnológica en cinco años.

En el caso de BMS, su alza anual acumulada rondará el 8 por ciento hasta 2022, apoyado en una sólida cartera de medicamentos liderada por el antitumoral Opdivo, además de Yervoy y Eliquis, que facturan la mitad de los ingresos de la multinacional. La única incertidumbre que plantea esta compañía a los expertos es su concentración de riesgo en el ambicioso programa de desarrollo de Opdivo, que ya ha sufrido algún revés a pesar de convertirse en el único oncológico que acumula ya cinco indicaciones autorizadas. La farmacéutica aspira a ingresar el 46 por ciento de sus futuras ventas en 2022 con esta molécula (nivolumab), que convertirán a este tratamiento en el número uno en ventas.

### Bajada de precios a cambio de menos regulaciones

Frente a estas expectativas, los expertos también advierten de factores externos que pueden condicionar estas previsiones de mercado. La presión que la nueva Administración estadounidense está ya ejerciendo sobre los precios de los medicamentos será uno de los factores que más influyan en el futuro del sector. En la primera reunión del presidente Donald Trump con los máximos responsables de ocho de las mayores farmacéuticas del mundo el pasado 31 de enero, ya marcó el nuevo rumbo que imprimirá su Administración al exigir al sector una bajada del precio de los medicamentos para los programas federales *Medicare* y *Medicaid*, así como más inversiones en Estados Unidos. A cambio prometió menos regulaciones. Y esta presión no solo se ejerce al otro lado del Atlántico. Los elevados precios de los nuevos medicamentos se han convertido en el principal caballo de batalla de los Gobiernos europeos, incluido el español.

Otra incógnita que queda por despejar es el impacto que tendrán los nuevos biosimilares, un mercado que estará sometido a una fuerte competencia porque la mayoría de farmacéuticas quiere participar. Algunas



REUTERS

## Donald Trump exige al sector una bajada del precio de los medicamentos y más inversiones

compañías como la suiza Roche se encuentran entre las más expuestas. A pesar de que su crecimiento previsto hasta 2022 se situará al nivel marcado por el mercado (5 por ciento), Roche deberá afrontar una caída de ingresos de 13.000 millones de dólares en 2022 por la pérdida de patente de sus tres principales productos: Herceptin, Avastin y Rituxan. Juntos facturaron la friolera de 21.000 millones de dólares para la helvética. Sin duda que los lanzamientos de Tecentriq y Ocrevus amortiguarán esta pérdida de ingresos, aunque no de forma suficiente por la elevada competencia de otras compañías en las áreas de inmunooncología y esclerosis múltiple.



**Fernando Sanjuán Martín**

Médico de Neurocavis

Alrededor de 250.000 lesionados son declarados cada año en España por Esta patología, con un coste individual superior a los 5.000 euros, y el fraude al seguro por este motivo en los accidentes de coche está a la orden del día

# El coste del latigazo cervical para las aseguradoras

**E**l movimiento súbito y forzado que combina flexo-extensión y rotación del cuello producido en los accidentes de tráfico, generalmente por alcance, es el desencadenante principal y el origen del Síndrome de Latigazo Cervical (SLC), y su consecuencia el esguince cervical. Alrededor de 250.000 lesionados son declarados cada año en España por Esta patología, con un coste individual superior a los 5.000 euros.

Anatómicamente, el segmento cervical de la columna vertebral presenta una capacidad de movimientos superior a cualquier otra articulación del organismo. La arquitectura vertebral rígida, protectora principal de nuestra médula, articula sus engranajes mediante estructuras blandas interpuestas, ligamentos y músculos, que le confieren resistencia, estabilidad y elasticidad. Tiene una peculiaridad y es que sus movimientos opuestos son aproximadamente iguales. Así, por ejemplo, flexión = extensión, rotación izquierda = rotación derecha, inclinación lateral izquierda = inclinación lateral derecha. Si bien es cierto, que los distintos segmentos cervicales no contribuyen en un grado equivalente a cada plano del movimiento, resulta muy evidente para la rotación a la altura de las dos primeras vértebras, atlas y axis.

La dinámica raquídea permite la movilidad y orientación del tronco y cabeza en los diferentes planos del espacio, facilitando nuestra vida de relación. La movilidad del raquis cervical se ve reducida con la edad y es más intensa en los varones que en las mujeres. Durante largos años, hemos asistido en España a aspectos muy comprometidos en los que se ha visto implicada esta entidad clínica, secundaria a los accidentes de circulación y que se enmarca en el ámbito del fraude a las aseguradoras.

El fraude al seguro por el SLC en los accidentes de circulación está a la orden del día y queda auspiciado, entre otros, por el estudio biomecánico -ciencia que estudia las fuerzas y las aceleraciones que actúan sobre los organismos vivos-, la ruptura del nexo de causalidad, y la investigación y detección del fraude. Por tanto, hay que dar respuesta a preguntas tales como, ¿el daño es real?, ¿es desproporcionada la lesión o no hay correspondencia con la biomecánica del impacto?, ¿presentaba patología previa?, ¿cuál es el grado de simulación o fingimiento? El SLC leve se ha convertido en el protagonista de las colisiones a baja velocidad. Una estafa jurídica que se mece entre las ambigüedades propias de un sistema legislativo, sin capacidad

para resolver con acierto y eficacia la avalancha de reclamaciones por traumatismos cervicales de menor entidad. Desde hace años, éramos conscientes en los ámbitos legislativo, jurídico, asegurador, biomecánico y médico/pericial, de las diferencias existentes en la forma de abordar esta entidad en países como Francia, Alemania o USA, con mayor equidad y efectividad, y sin dar pábulo a dudas metodológicas o interpretativas.

Los test y escalas de cuantificación lesional que soslayan la gravedad del proceso son análogos internacionalmente, y asientan su utilidad diagnóstica en la clínica mediante el relato del acontecimiento y la exploración física. Se sustenta la gravedad cuando, de forma inmediata, o a las pocas horas, aparece un dolor en la región posterior del cuello y de la zona occipital, se aprecia restricción cinética, no existe irradiación dolorosa al brazo y se manifiesta sensación de inestabilidad o mareo. Las pruebas complementarias (Rx, TAC, electromiografía...), suelen ser normales o muestran alteraciones de escasa relevancia que frecuentan en muchas personas sanas y que, con alta probabilidad, estaban presentes antes del accidente y sin relación con los síntomas -pinzamientos discales, rectificación de la curvatura cervical-.

Los riesgos que entraña la lesión no tienen significación alguna, puesto que el dolor y la inestabilidad son transitorios, no dejan secuelas ni suponen complicaciones objetivas. Estudios rigurosos internacionales y sin sospecha de parcialidad concluyen que, la posibilidad de que el dolor se cronifique es mucho mayor en aquellos casos en los que convergen, además del accidente, ciertos factores adicionales

físicos, psicológicos, sociales y culturales -fragilidad o debilidad muscular, situaciones laborales precarias que tienden a prolongar la duración de la baja, estado de ánimo fluctuante, ansiedad, etc.-. En estas situaciones, el dolor puede cronificarse y procurar dificultades terapéuticas.

Los tratamientos más complejos, allende de una evolución espontánea o aplicados en fases tempranas, es indispensable reservarlos para los casos más reticentes y excepcionales en los que el dolor se prolonga luengamente, por encima de tres meses, sin experimentar mejoría. Entre tanto, hay que explicarle explícita y rotundamente al paciente el alcance de lo sucedido y la evolución esperada de su proceso. Esta dinámica comprobada contribuye a la evolución positiva y sin secuelas del síndrome. Las medidas clásicas de inmovilización mediante un collarín cervical deben reservarse para situaciones especiales como la conducción o el desplazamiento en un vehículo de automoción. El retorno a la normalidad y a la actividad laboral de forma precoz contribuyen al proceso de recuperación temprana. La rizolisis -lesión eléctrica de los nervios de las pequeñas articulaciones vertebrales- y la infiltración de toxina botulínica en la musculatura cervical, no han demostrado evidencia científica de utilidad en el manejo del dolor del esguince cervical leve, siendo descabellada la propuesta de una artrodesis vertebral -sistema de fijación de dos o más vértebras adyacentes-. Por todo lo expuesto, el fraude derivado de las lesiones cervicales por alcance tipificadas como leves tienen fecha de caducidad con la reforma del Código Penal y la entrada en vigor del nuevo *Baremo de Valoración de Incapacidades por Accidentes de Tráfico*, Ley 35/2015, desde primeros de año.

## Fernando Sanjuán Martín

Médico de Neurocavis

El síndrome de latigazo cervical leve se ha convertido en el protagonista de las colisiones a baja velocidad. Una estafa jurídica que se mece entre las ambigüedades propias de un sistema legislativo, incapaz de resolver con acierto

# EL GENÉRICO FÍA SU FUTURO A LA VENTA DE MÁS UNIDADES

La industria de medicamentos genéricos toca techo en España y reclama al Gobierno nuevas medidas regulatorias que impulsen el crecimiento del sector a cotas europeas

JUAN MARQUÉS

La penetración de los genéricos se ha visto frenada en el entorno del 40 por ciento en unidades reembolsadas por el sistema público y el 20 por ciento del valor de mercado de la farmacia durante los tres últimos años, según datos presentados por QuintilesIMS. El objetivo que se ha marcado la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (Aeseg) es reactivar la tasa de crecimiento y alcanzar el 60 por ciento en unidades de la media de países de la Unión Europea.

El director general de la patronal del sector, Ángel Luis Rodríguez de la Cuerda, propone tres cambios en la legislación vigente para aproximarse a los niveles europeos en el medio plazo: recuperar la diferencia de precio entre marca y genérico que se perdió en 2011, potenciar la prescripción por principio activo como marca la Ley y aplicar la normativa vigente bajo el concepto de unidad de mercado, para evitar situaciones como la generada por las subastas de medicamentos en Andalucía de dispensación exclusiva en farmacia.

La obligación de los medicamentos de marca de bajar su precio “desde el minuto uno” para igualarlo al de los genéricos tras la pérdida de patente ha



Ángel Luis Rodríguez de la Cuerda, dir. gral de Aeseg. EE

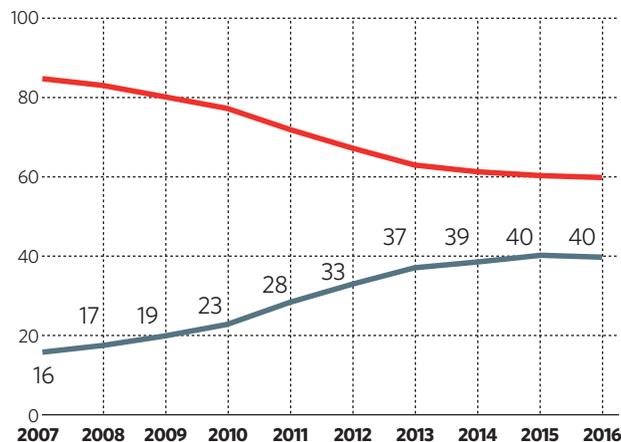
impedido a este último sector ampliar su cuota de mercado en España. “Esta medida no se aplica en ningún otro país europeo”, se lamentó Rodríguez de la Cuerda durante un reciente encuentro con la prensa en Madrid, donde también afirmó sentirse “olvidados” por parte de unas Administraciones que han puesto el foco de atención en otros medicamentos.

El futuro Real Decreto de Precios y Financiación que prepara el Ministerio de Sanidad podría servir de instrumento para introducir las demandas del sector, como la equiparación de precios entre marcas que han perdido la patente y sus genéricos sea opcional. “Si en lugar de estar obligado, fuera una opción, a lo mejor algunas marcas valoraban no bajar su precio”, sostiene Rodríguez de la Cuerda. Se podría abrir así la posibilidad de mantener su financiación pública y que el paciente, en caso de preferir la marca, pudiera asumir la diferencia con una “aportación voluntaria”, como sucede en otros países, explica el portavoz de Aeseg. En este último caso, se trataría de un copago de “céntimos”, ya que el precio medio de un genérico es de unos dos euros.

El sector fía su crecimiento futuro a la subida de sus ventas en unidades y no tanto al incremento de los precios de estos fármacos. “En la medida que nos favorezcan un mayor número de unidades, estaremos en disposición siempre de bajar precios”, aseguró Rodríguez de la Cuerda. “Lo que no se nos puede pedir al sector de genéricos es que ofrezcamos precios bajos sin fomentar maneras de incrementar el número de unidades”. Las perspectivas de crecimiento futuro tampoco son muy halagüeñas para el sector, una vez

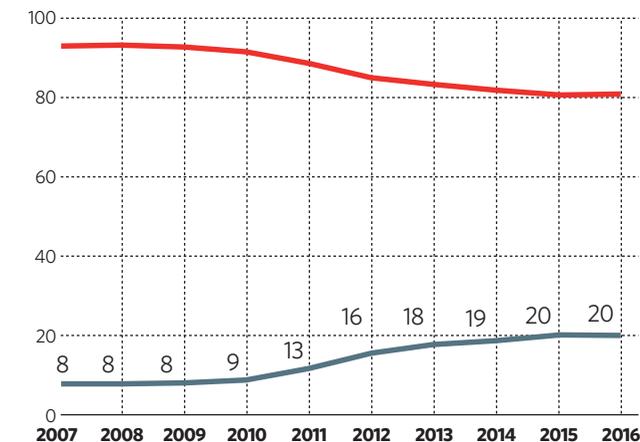
## Índice de penetración de los medicamentos genéricos

Cuota de mercado de los genéricos en el total del mercado farmacéutico. En unidades (%)



Fuente: QuintilesIMS, 2017.

Cuota de mercado de los genéricos en el total del mercado farmacéutico. En euros, a PVL (%)



elEconomista

que la expiración de patente de productos durante los próximos años tendrá un potencial de mercado menor, según Concha Almarza, directora general de QuintilesIMS. El crecimiento futuro estará dirigido además por las innovaciones que se lanzarán con preferencia en el ámbito hospitalario, un canal donde los genéricos tienen una reducida presencia.

## Un sector industrial ‘Marca España’

Siete de cada diez medicamentos genéricos que se consumen en España se fabrican en nuestro país. Es una de las realidades de un sector industrial que se considera ‘Marca España’ y que reclama al Gobierno un cambio legislativo para seguir contribuyendo de forma positiva al crecimiento económico. “Es hora de que el sector de los medicamentos genéricos vuelva a ocupar el lugar que le corresponde en la agenda sanitaria y económica del Gobierno”, asegura el director general de Aeseg, Ángel Luis

Rodríguez de la Cuerda. La industria de los medicamentos genéricos en España ha mejorado su productividad en un 22,4 por ciento entre los años 2010 y 2013, pese a la crisis y sin destruir empleo. Las empresas del sector lograron aumentar la plantilla en un 0,8 por ciento entre 2012 y 2013. En total, emplean a más de 28.000 trabajadores de forma directa y a otros 20.000 de forma indirecta. “Somos un sector comprometido con el PIB, damos empleo a 28.000 personas en España y siete de

cada diez genéricos que se consumen en España están fabricados en nuestro país”, defiende. Son razones para reclamar el desarrollo de medidas que reimpulsen el sector, como la diferenciación en precios. Y es que los genéricos lanzados entre 2014 y 2015 apenas logran arañar un 15 por ciento de las ventas del mercado en el primer año de su lanzamiento frente a las marcas establecidas, mientras que entre 2009 y 2011 se hacían con el 45 por ciento de las ventas.

La igualación de precios y también de los descuentos de genéricos y marcas por parte de la distribución farmacéutica ha impedido el despegue de los nuevos genéricos lanzados al mercado y está produciendo un incremento del “riesgo de inversión” de los fabricantes, a juicio de Borja Smith, socio director de Farma, Bio y Sanidad de la consultora Silo, ya que el 63 por ciento del coste de estas empresas se produce en la manufactura, frente al 30 por ciento en el caso de los innovadores.

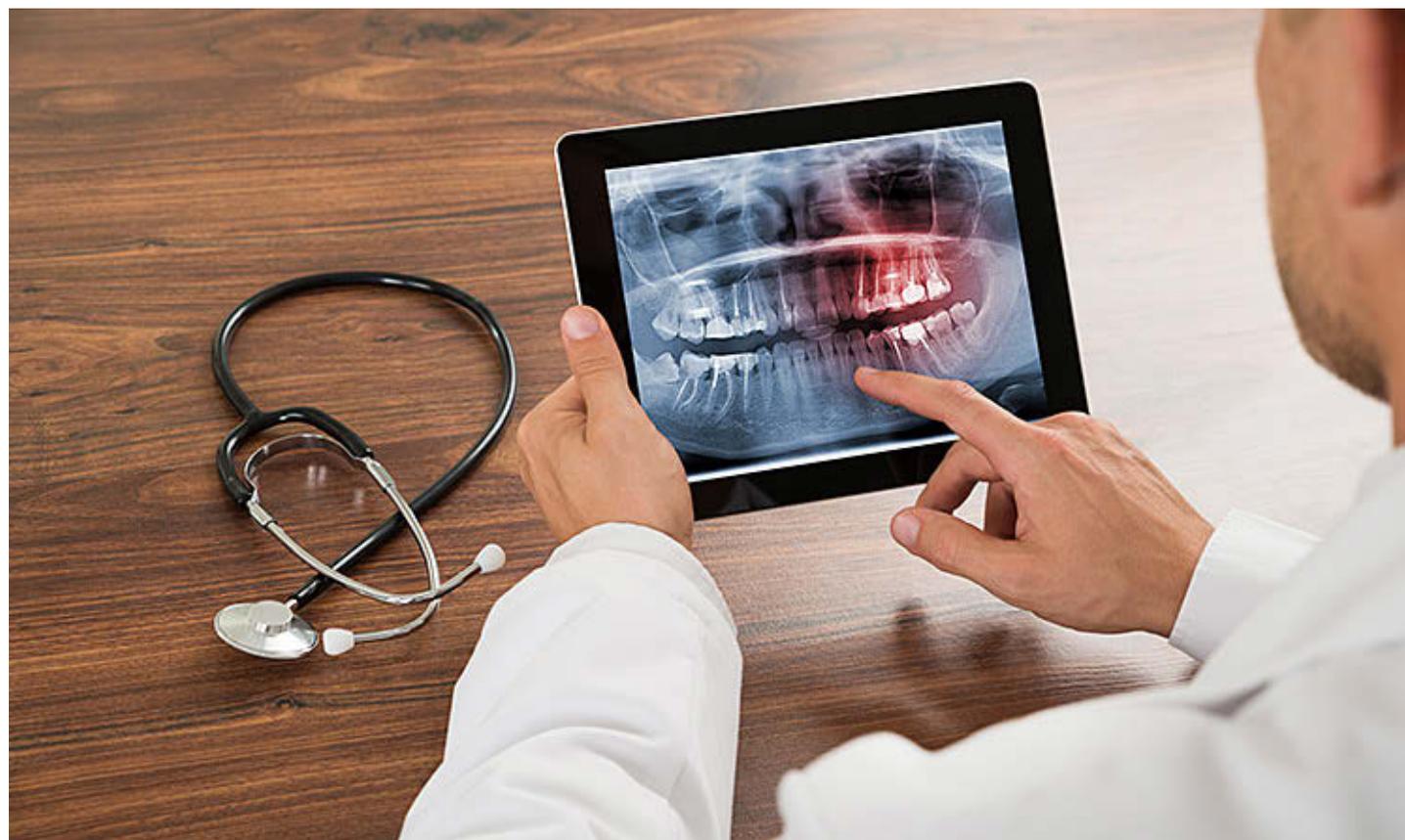
# SONRISA SALUDABLE EN EL ÁMBITO LABORAL

Según la OMS, casi el 20% de los adultos padece algún tipo de traumatismo bucodental debido a falta de seguridad en el trabajo y en accidentes de tráfico



## Dra. Sonia Vidal

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



ISTOCK

A nivel mundial y según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi el 20 por ciento de los adultos padece algún tipo de traumatismo bucodental debido a falta de seguridad en el ámbito laboral, los accidentes de tráfico y los actos de violencia. La OMS define como buena salud bucodental aquella que cursa sin dolor orofacial, tumores de boca o garganta, infecciones bucales y afecciones periodontales. Es decir, todos aquellos trastornos que limitan la capacidad para morder, masticar, sonreír y hablar con repercusión en el bienestar físico y psicosocial de la persona afectada.

En el desempeño de las actividades laborales, el mecanismo más habitual son las caídas o las precipitaciones desde alturas.

Los golpes al manipular piezas o herramientas durante la realización de una tarea manual, le siguen en frecuencia. Así, las lesiones se pueden producir por traumatismos directos cuando los dientes golpean contra el suelo o cualquier objeto y afectan, fundamentalmente, a la región anterior, sobre todo en los incisivos centrales superiores. En cambio, las fuerzas de compresión en los traumatismos indirectos hacen que el arco dentario inferior se cierre contra el superior, con lesiones en la corona y raíz de los dientes molares y premolares.

Las consecuencias varían ampliamente desde una pequeña fractura del esmalte hasta la pérdida completa del diente. Se debe sospechar, también, cualquier lesión asociada como son las fracturas maxilares y mandibulares. No sólo la fuerza del golpe, la elasticidad y forma del objeto que golpea son

fundamentales en las características de la lesión. Se deben tener en cuenta los factores determinantes previos como la mala oclusión, la ausencia de protección y los aparatos de ortodoncia que pueden originar lesiones de los tejidos blandos en el momento del accidente.

Tras la lesión, una asistencia precoz mejorará el pronóstico. El tratamiento varía en función del daño ocasionado, desde una sencilla inmovilización temporal del diente afectado hasta la extracción y reconstrucción quirúrgica posterior.

## Revisiones bucodentales periódicas

Algunos servicios de Medicina Laboral han comenzado a incluir las revisiones bucodentales entre las prestaciones ofrecidas en materia de prevención a sus trabajadores. Además de

campañas de información y educación en higiene bucal, a los trabajadores se les proporciona un kit dental dotado de cepillo, pasta dentífrica, cepillos interdentes y colutorio para su uso durante la jornada laboral tras la ingesta de comida. El kit se renueva cada tres meses y a los seis meses se ofrece una limpieza dental profesional que cumple una importante función preventiva. Las revisiones dentales, cuando es necesario, se completan con radiografías para detectar caries internas, dientes impactados, caries por debajo de la línea de la encía o pérdida ósea.

### Prevención del absentismo laboral

Numerosos estudios, elaborados en países nórdicos de la Unión Europea, han demostrado que los protocolos de hábitos saludables bucales consiguen disminuir el nivel de absentismo laboral. La media de días de baja por un implante de diente o por una caries es de 4 días y el tiempo aumenta hasta casi 10 días en los cuadros de gingivitis o infecciones. La caries llega a afectar al 90 por ciento de la población, con lesión en el esmalte dental, por falta de higiene y excesivo consumo de azúcares. La gingivitis cursa con inflamación y enrojecimiento de las encías que sangran fácilmente, por exceso de placa bacteriana y sarro. La periodontitis supone la afectación ósea, con retracción de las encías y movilización de las piezas dentales. La halitosis o mal aliento es uno de los síntomas característicos de una mala higiene bucal. El cáncer oral puede manifestarse como úlceras bucales sangrantes, dolor en la deglución, dificultad en el habla y la masticación entre otros muchos síntomas. Las revisiones periódicas por parte de los profesionales odontólogos, juegan un papel primordial en el diagnóstico precoz. Este amplio abanico patológico justifica una especial atención a la salud bucal.

Las afecciones bucodentales suelen asociarse con frecuencia a enfermedades crónicas de carácter metabólico, cardiovascular, respiratorio o tumoral. El tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, mala alimentación y falta de ejercicio físico, son factores de riesgo comunes. El control de todos estos factores permite la prevención simultánea de

todas estas patologías. Se fomenta reducir la ingesta de azúcares y mantener una dieta equilibrada para prevenir la caries dental y la pérdida prematura de piezas dentarias. Los trabajadores deben ser dotados de equipos eficaces de protección para reducir las lesiones faciales. Los protectores bucales tienen que ser elásticos y cómodos para no dificultar el habla ni la respiración. Cada trabajador precisa de un diseño personalizado adecuado a sus características esqueléticas.

La revisión laboral de las estructuras dentarias permite la identificación de algunas enfermedades sistémicas que cursan con síntomas orales. Los déficits vitamínicos suelen

acompañarse de aftas recurrentes, gingivitis o periodontitis. Tal es el caso de la vitamina C, B y ácido fólico. Muchas alteraciones hematológicas favorecen la aparición de lesiones orales y dentales, entre ellas, podemos encontrar diferentes tipos de leucemia y linfoma.

Nuestra boca dice mucho de nosotros mismos sin necesidad de hablar. España es el cuarto país de la Unión Europea con menor tasa de visitas periódicas al dentista. Un dato que debemos mejorar.

La sonrisa es la mejor tarjeta de presentación, aportando seguridad y autoestima. Encontrando tiempo para prevenir en salud, siempre encontraremos el tiempo de reír.



ISTOCK

# PROFESIONALIZAR PARA DESPOLITIZAR LA GESTIÓN

La sanidad autonómica realiza más de 50 cambios en puestos de dirección al mes y se llegan a contabilizar 400 relevos tras unas elecciones

JUAN MARQUÉS

**S**i para pilotar un avión se necesita una licencia, para dirigir un hospital, donde hay muchas más vidas en juego, lo que más cuenta es demostrar afinidad política con el Gobierno de turno. Al menos, en España. Siete de cada diez directivos encuestados por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa) opinaba en 2013 que la selección de profesionales dependía en mayor medida de su filiación política que de su experiencia en la gestión gerencial o clínica.

No hay más que echar un vistazo al portal de la empresa Filling the gap, especializado en actualizar las estructuras directivas de la administración sanitaria española, para comprobar el auténtico baile de cargos, entre nombramientos y ceses, que se produce con cada cambio en los gobiernos autonómicos. El fundador de este portal, Abraham Herrera, apunta a *elEconomista* que “tras las elecciones autonómicas, el número de cambios se multiplica, y no solo en las regiones donde ha cambiado el signo político. En meses post-electorales, hemos llegado a contabilizar más de 400 cambios de directivos sanitarios al mes, mientras en un mes normal la media de cambios de directivos suele estar en 40 o 60 cambios”. Sólo el pasado mes de enero se realizaron más de 50 cambios directivos en la sanidad española.

La profesionalización de la gestión sanitaria podría servir de antídoto para frenar la politización de los cuadros directivos de la sanidad regional. La propuesta forma parte de una batería de 35 claves presentada por Sedisa para mejorar la gestión sanitaria. “Los directivos de la salud profesionalizados son el motor de la evolución que el modelo sanitario requiere hacia la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad”, reza este documento que se presentará el próximo 29 de marzo durante el 20º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, en una cita que reunirá a más de 2.000 directivos y gestores sanitarios.

Aunque la situación de los directivos de la sanidad española ha mejorado en los últimos años y se ha legislado en algunas



comunidades para hacer una oferta pública y crear unos perfiles, admite el presidente de Sedisa, Joaquín Estévez, la realidad es que los nombramientos “no se hacen según perfil y los ceses por los resultados obtenidos”. Por ello, Estévez insiste en la necesidad de acometer “un desarrollo normativo para que la profesionalización vaya más allá de la mera declaración de intenciones” y se pueda aplicar este enfoque de profesionalización “independientemente del partido político que gobierne”.

El sistema profesionalizado debería priorizar, según esta asociación, la despolitización de nombramientos y ceses, la publicidad y transparencia en la selección de cargos directivos y la evaluación por resultados y cumplimiento de objetivos. Para lograr estos objetivos, proponen crear “un sistema que acredite objetivamente la experiencia y la formación profesional para acceder a puestos directivos y establezca el mapa de competencia”.

### Convocatoria pública

La Comunidad de Madrid es la región que más ha avanzado en este terreno al aprobar en agosto un proyecto de ley que busca dotar a la sanidad pública madrileña de un modelo más profesional y participativo. El proyecto, que se encuentra en trámite parlamentario en la Asamblea de Madrid, establece que la elección de los directores gerentes de los centros sanitarios se hará a través de “una convocatoria pública, de concurrencia competitiva y resolución transparente del proceso y mediante procedimientos reglados de selección



que seguirán los principios de publicidad y transparencia”. Fija asimismo otras cautelas, como la creación en los hospitales de Juntas de Gobierno, como órganos colegiados responsables de la administración del centro, que tendrán la misión de supervisar la labor de los directivos y el cumplimiento de los objetivos.

Son pasos en la buena dirección, como reconoce Sedisa, si bien se trata de un proceso que está lejos de generalizarse. Los directivos de la sanidad también echan en falta una definición de “las claves del buen gobierno de las instituciones sanitarias”. Entre estas claves figurarían la participación, la transparencia, la respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes y de los ciudadanos, la prestación del servicio con calidad, seguridad y la correcta gestión de los recursos humanos, materiales y económico-financieros. Para lograr este objetivo, Sedisa propone elevar a Pacto Político la necesidad y el compromiso con la profesionalización de los directivos de la salud, con el fin de “transmitir a los pacientes y a la población general el valor de la gestión sanitaria realizada por directivos profesionalizados”.

El presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, Jesús Sanz Villorojo, reclama un registro de profesionales que acredite el mérito y las competencias. Se trataría de una bolsa de trabajo de directivos cualificados para futuros nombramientos. “Lo relevante es poner a salvo un bien de la importancia de la salud de vaivenes políticos, algo que tiene que ver con la rendición de cuentas o la capacidad de diálogo”, sostiene Sanz.

## 35 claves para mejorar la gestión sanitaria

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (Ande) presentarán el documento ‘Retos prioritarios en gestión sanitaria: cómo continuamos progresando’, en el 20º ‘Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria’, que reunirá del 29 al 31 de marzo en Sevilla a más de 2.000 directivos y gestores sanitarios. Dicho documento apuesta por pasar de una organización sanitaria basada en centros hospitalarios a una basada en procesos

en torno al paciente y por desterrar la vieja idea de que más hospitales significa mejor atención sanitaria. Asimismo, el documento recomienda que los hospitales evolucionen desde la atención de agudos a la de crónicos y proponen una financiación finalista para la sanidad, así como una única agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Son sólo algunas de las 35 claves para seguir progresando en la gestión del sistema de salud que recoge este texto en el que reclaman la despolitización de

nombramientos y ceses, la publicidad y transparencia en la selección de cargos directivos y la evaluación por resultados y cumplimiento de objetivos. En financiación, los directivos instan a eliminar las bolsas y reinvertir en lo verdaderamente eficiente. Asimismo, reclaman una financiación finalista de la sanidad, una única agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, el desarrollo de nuevas formas de pago a proveedores y la gestión estratégica de la colaboración público-privada en todos los sentidos,

tanto en innovación terapéutica, como tecnológica y en gestión sanitaria, además de facilitar el paso de proveedor a ‘partner’ en la relación de directivos y decisores con el sector privado. Otras propuestas en experiencia asistencial son el desarrollo de la integración sociosanitaria y de la continuidad asistencial; la organización por procesos, en torno al paciente; o la implementación estratégica y estandarizada de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

# Proyecto Gliobioliiquid

HM Hospitales y Atrys Health

HM Hospitales y la Fundación de Investigación HM Hospitales cierran un acuerdo con la compañía de diagnóstico oncológico Atrys Health para el desarrollo industrial del primer marcador de tumor cerebral en sangre.

EL ECONOMISTA

Un grupo de investigadores españoles han conseguido identificar en sangre fragmentos de ADN de tumor cerebral, un marcador que permitirá realizar un seguimiento de la evolución del cáncer a través de biopsias líquidas mínimamente invasivas para el paciente.

El grupo HM Hospitales, a través de la Fundación de Investigación HM Hospitales, y Atrys Health, compañía especializada en servicios de diagnóstico y tratamientos oncológicos avanzados, han llegado a un acuerdo para el desarrollo industrial de esta tecnología, denominada Gliobioliiquid, un kit de diagnóstico a partir de biopsia líquida para la evaluación dinámica de un número importante de biomarcadores predictivos mediante un sencillo test sanguíneo. A diferencia de la biopsia cerebral, se trata de una técnica no invasiva que permite identificar la respuesta a una terapia, tantas veces como sea necesario, y en cualquier fase del tratamiento. Para el desarrollo del proyecto de investigación oncológica Gliobioliiquid, Atrys Health y la Fundación de Investigación HM Hospitales han recibido financiación por importe de más de 0,6 millones de euros.

Hasta la fecha, HM Hospitales, a través de la Fundación de Investigación HM Hospitales, ha invertido más de 1 millón de euros en la identificación del primer marcador de tumor cerebral en sangre. Atrys Health está llevando a cabo el desarrollo industrial de este producto. Gliobioliiquid supone un importante avance para el diagnóstico de un cáncer con una elevada mortalidad y en el que menos se ha avanzado en los últimos 20 años.

A partir de esta tecnología, será posible identificar la mutación del gen IDH1. Este novedoso método favorecerá la determinación de la terapia individualizada óptima y la predicción de respuesta al tratamiento. El conocimiento del estatus de este gen es de gran valor para el diagnóstico y su mutación está directamente correlacionada con un mejor pronóstico de la enfermedad.



Los doctores Víctor González, Santiago de Torres, Juan Abarca y Cristóbal Belda. EE

## CIENTÍFICOS ESPAÑOLES DESCUBREN UN MARCADOR DE TUMOR CEREBRAL EN LA SANGRE