Sanidad

elEconomista
Revista mensual
4 de octubre de 2018 | Nº 88

El gasto en fármacos para las autonomías subirá en 400 millones sin el copago | P12

La biotecnología española ha dado ya 20 casos de compañías de éxito | P34

"CATALUÑA YA NO ES COMPETENCIA PARA TRAER INVERSIONES A MADRID"

Entrevista con Enrique Ruiz Escudero, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid | P6

16. Hospitales
La privada se compara con los países europeos
Los resultados son homologables con los hospitales más punteros

28. Salud laboral
Prevención en espacios confinados
Las medidas de protección y la actuación frente a emergencias deben ser las adecuadas

30. Inversión
La bolsa se 'engancha' a la marihuana
La legalización para fines recreativos en Norteamérica ha disparado las acciones

38. Caso de éxito
Medmesafe, para el consejo genético
Se trata de la primera plataforma médica española en ofrecer este asesoramiento

Edita: Editorial Ecoprensa S.A. **Presidente de Ecoprensa:** Alfonso de Salas **Vicepresidente:** Gregorio Peña **Director Gerente:** Julio Gutiérrez **Directora de Relaciones Institucionales:** Pilar Rodríguez **Director de Marca y Eventos:** Juan Carlos Serrano

Director de elEconomista: Amador G. Ayora **Coordinadora de Revistas Digitales:** Virginia Gonzalvo **Director de 'elEconomista Sanidad':** Alberto Vigario **Diseño:** Pedro Vicente y Elena Herrera **Fotografía:** Pepo García **Infografía:** Clemente Ortega **Redacción:** Juan Marqués y Xavier Martínez-Galiana

En portada
Entrevista con el consejero de Sanidad de Madrid
Enrique Ruiz Escudero anuncia un plan para convertir a Madrid en destino principal de las inversiones en I+D

06

Financiación
El gasto en fármacos mete presión a las autonomías
El Gobierno prepara una propuesta para eliminar el copago a pensionistas, que elevaría 400 millones la factura

12

18

Gestión
Alzira se convierte en un contramodelo sanitario
Tras seis meses de la reversión al sistema público, el hospital ha empeorado sus resultados

24

RSC
Los directivos sanitarios se familiarizan con la RSC
La Sociedad de Directivos de la Salud emplaza a los hospitales a mejorar sus criterios de compra responsable

Revertir la concesión sanitaria en Valencia ha empeorado el servicio

La primera concesión administrativa de gestión sanitaria en España que asumió un grupo privado fue en 1999. Se trató del Hospital de La Ribera, en la localidad de Alcira, en la provincia. Casi 20 años después de esta experiencia de gestión que se ha extendido después por numerosos lugares de España, pero sobre todo del extranjero, el gobierno actual de la Generalitat Valenciana, del socialista Ximo Puig, decidió que la reversión del modelo, para su vuelta a la gestión pública. Apenas seis meses después de esa reversión, ya existen los primeros datos que indican un deterioro de los indicadores de calidad asistencial de un modelo de colaboración pública-privada, avalado hasta el pasado mes de abril por sus resultados.

La reversión a lo público no ha mejorado la gobernanza del centro, ni la salud del área de población que da cobertura, ni tan siquiera lo ha hecho más sostenible, por mucho que la exministra de Sanidad y exconsejera valenciana, Carmen Montón, expresara lo contrario justo antes de abandonar el cargo. La decisión, como informamos en este número de *elEconomista Sanidad*, ha tenido consecuencias negativas para los profesionales, que han empeorado sus condiciones laborales, como para los ciudadanos, que han visto en este breve periodo han perdido algunos servicios, han visto aumentadas las listas de espera y la demora para consultas y pruebas. Y, por supuesto, la Administración Pública no ha salido ganando del cambio impulsado por Montón frente a los resultados que arrojaba el modelo de gestión indirecta, al incrementar los costes públicos.

El modelo del hospital de Alcira ha sido más replicado fuera de España que en nuestros sistemas sanitarios autonómicos, más pendientes de las posibles *mareas blancas* que de ofrecer el mejor servicio al menor coste a sus ciudadanos. El mismo ejemplo del famoso *Spiriman* en Andalucía fue el último paradigma de que en cuestiones sanitarias la demagogia se impone la mayor parte de las veces a lo razonable.

En Valencia ya lo están pagando. En forma de más listas de espera, menos servicios, caos en el aparcamiento o retraso en las pruebas. El porcentaje de pacientes que esperan una cirugía más de 30 días se ha incrementado en más de 15 puntos (36,60 por ciento) en relación con el año anterior y, por el contrario, se ha reducido el número de los que se tratan en menos de 30 días.

La gestión sanitaria debe esperar tiempos mejores.

> Seis meses de gestión pública directa del Departamento de Salud de Alzira en la Comunidad Valenciana han bastado para deteriorar los indicadores de calidad asistencial

EL ALTA

Jorge Gallardo
PRESIDENTE DE ALMIRALL

La compañía farmacéutica ha enderezado el rumbo en 2018 al enfocar su negocio en la dermatología y vender activos menos estratégicos.

LA BAJA

Ernesto Colman
FUNDADOR DE VITALDENT

El creador de las clínicas dentales y detenido por un presunto fraude de más de 17 millones de euros, ha vuelto a abrir una nueva clínica tras salir en libertad.

03

XXI Congreso Nacional Farmacéutico

Burgos acoge el XXI Congreso Nacional que organiza el Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos. Durante tres días reúne a políticos, empresarios y expertos del sector para abordar las claves profesionales y económicas de la farmacia.

X Jornadas Nacionales Sedisa

04

Los próximos 4 y 5 de octubre Gijón acogerá las Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de Sanidad en su décima edición. Abordará los nuevos roles de la gestión y ofrecerá experiencias internacionales de resultados en salud. En la Universidad Laboral.

10

Nuevos fármacos innovadores antitumorales

Mesa redonda dentro del ciclo de Ciencias de la Vida y de la Materia que organiza la Fundación Ramón Areces. Reunirá, entre otros expertos, a Alfredo Carrato, Ruth Vera y Luis Paz Ares en un programa coordinado por Honorio Carlos Bando.

Congreso Anual ESMO 2018

19

Cita anual de referencia en Europa para que clínicos, investigadores, pacientes, periodistas o industria farmacéutica debatan los últimos avances en oncología. En Múnich. Cerca de 20.000 profesionales de más de 130 países. Del 19 al 23 de octubre.

23

'XIII Premios Best in Class 2018'

En el Palacio de Congresos y Exposiciones de Santander. Reconocen públicamente al mejor centro de AP, mejor hospital y a los mejores servicios y unidades del territorio nacional, tanto públicos como privados.

Sanidad basada en valor y medición de resultados

Conferencia organizada por Farmaindustria, EFPIA y ICHOM. En la Fundación Rafael del Pino.

08

17

40º Congreso Nacional Semergen

Del 17 al 20 de octubre en Palma de Mallorca. Reunirá a profesionales y expertos de la Atención Primaria.

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

NOVARTIS

1806059613

ELISA SENRA

Enrique Ruiz ESCUDERO

Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid

JUAN MARQUÉS

Gestiona un presupuesto de 7.870 millones de euros dentro de una Consejería de Sanidad que absorbe el 42 por ciento de las cuentas autonómicas. Ha comprometido fuertes inversiones en infraestructuras, tecnología y profesionales para un Servicio Madrileño de Salud que emplea a 71.128 profesionales y cuya plantilla se ampliará el año que viene con la OPE más importante de la historia de la Comunidad de Madrid. Dirige la red asistencial más importante de España de la región con mayor esperanza de vida de Europa, subraya, y ahora pretende impulsar Madrid como un polo de atracción de la investigación biosanitaria.

¿Qué supone y qué objetivos se han marcado con Biomad?
El concepto de Biomad es hacer de Madrid una región relacionada con la biomedicina y la tecnología aprovechando sus potencialidades, con los institutos de investigación, fundaciones, universidades, con toda la industria, para alcanzar varios objetivos. Queremos, en primer lugar, aprovechar sinergias y aumentar la competitividad como región, entrar en proyectos internacionales y captar más financiación para nuestros proyectos de investigación y hacer de Madrid un polo de atracción para toda la investigación biosanitaria.

"Madrid tiene que ir a mayor velocidad para captar fondos y potenciar proyectos de investigación"

¿En qué fase se encuentra el proyecto?
Le queda exactamente dos meses para el lanzamiento de la fase uno, que es crear el equipo directivo y darle estructura administrativa, y a partir de ahí empezar a crear esa asociación de universidades, industria, empresas y de todo lo relacionado con las ciencias de salud.

¿Qué recursos se van a movilizar y con qué ayudas públicas contará?
De entrada va a tener un modelo de financiación de aportación de todos aquellos que vayan a entrar en Biomad y también contará con el respaldo de la Consejería. Estamos con las Consejerías de Hacienda y de Educación tratando de seguir potenciando las ayudas que ya se dan para que las empresas se implanten en nuestra comunidad. Hay que recordar que el 75 por ciento de la inversión extranjera que llega a España lo hace a nuestra Comunidad. Somos la primera región en creación de empresas, el ambiente de inversión empresarial es importante.

¿Están en contacto con las patronales del sector?
Sí, estamos ya en la ronda de contactos con todos, con Fenin, Farmaindustria, la sanidad privada. Pretendemos que Biomad sea un proyecto de gran amplitud de miras, que todo el potencial de Madrid trabaje en consonancia para tratar de captar el mayor número de proyectos y que sea de atracción para los investigadores. Madrid tiene que ir a mayor velocidad para captar fondos y potenciar todo tipo de proyectos.

¿Favorece la situación de Cataluña?
Es indudable que nos favorece porque la deriva independentista genera mucho temor en las empresas y es un goteo constante de empresas que tenían su domicilio fiscal en Cataluña y se están trasladando. A nosotros nos gustaría una Cataluña más abierta, más competitiva, que permitiese esa competición sana que ha habido siempre pero, ahora por incomparecencia de Cataluña, Madrid está siendo el principal receptor de esa inestabilidad política que genera.

Acaban de anunciar un plan de modernización de infraestructuras de 1.000 millones a diez años. ¿Cómo se va a presupuestar este año?
La cuantía que necesiten los concursos ya lanzados para el Hospital La Paz, los dos proyectos para Gregorio Marañón, Doce de Octubre y luego otra actividad de menor cuantía para otros hospitales está dentro de los presupuestos. La financiación tiene que ir año a año pero es importante tener clara la estrategi . Tenemos dos velocidades: los hospitales nuevos, que están en perfecto estado, pero también tenemos centros con más de 40 y 50 años, con una actividad altísima, de gran complejidad que necesitamos adaptar. Hay que pensar en los ciudadanos, es algo que no se podía demorar y, por eso, hemos apostado a diez años porque es el tiempo para transformar la infraestructura y, sobre todo, no parar la asistencia. Es un reto de gestión, habrá algunos cambios, tendremos que desplazar equipos, pero sin parar la actividad asistencial.

ELISA SENRA

"Hay que decir que la inversión en tecnología y **equipamiento ahorra"**

"Hemos elaborado una estrategia de **terapias avanzadas"**

"Madrid es el principal receptor de la **inestabilidad en Cataluña"**

De la inversión en tecnología de 312 millones en ocho años, ¿qué parte es fruto de la donación de la Fundación Amancio Ortega y hasta qué punto reducirá la obsolescencia tecnológica en los hospitales?
La inversión de Amancio Ortega son 46,5 millones, que entran dentro de esta inversión. Siempre agradeceremos a Amancio Ortega y su Fundación esta donación que se va a invertir en13 aceleradores lineales, que para el tratamiento del cáncer es fundamental. El resto de la inversión va a un plan para eliminar esa obsolescencia que tienen los equipos. Hay que reconocer que la crisis, aunque se mantuvo el nivel asistencial, sí provocó que no se invirtiese en equipamiento como se hacía habitualmente. Se trata de renovar y es un buen momento con el plan de infraestructura sanitaria.

¿En qué áreas cree que hay que buscar un mayor equilibrio en la inversión de recursos?
Siendo realistas hay que decir que la inversión en tecnología, en equipamiento, ahorra. El concepto de hospital era de larga estancia pero ahora los centros van a mayor resolución. Gracias a las tecnologías, las técnicas son menos invasivas, requieren menos hospitalización, con menos efectos secundarios. Lo que sí es verdad es que siempre crece la factura farmacéutica. Estamos potenciando la relación con toda la industria. Hemos elaborado una estrategia de terapias avanzadas, donde está la terapia celular, génica, ingeniería de tejidos; es algo que tenemos que adelantar para funcionar con fármacos a éxito.

¿Presiona entonces la evolución del gasto farmacéutico, en especial del capítulo hospitalario?
Claro, donde más hemos crecido es en farmacia hospitalaria, la de oficina de farmacia está contenida, pero principalmente por toda la innovación que tiene

ELISA SENRA

la industria. El control es igual para los dos ámbitos, pero la figura del farmacéutico de hospital está creciendo cada vez más porque tiene más importancia en el seguimiento de los tratamientos, efectos secundarios, adherencia. Es algo generalizado en todas las comunidades.

¿Y cómo pretenden contener esa factura?

Hay varias estrategias conjuntas. Nunca dejaremos de promover el uso racional de los medicamentos, de luchar contra las infecciones para evitar resistencias, utilizar biosimilares cuando se pueda, funcionar a éxito con fármacos más innovadores, estableciendo comparaciones con el gasto por habitante en farmacia, donde Madrid está en la media nacional y, sobre todo, con un control constante. Es importante medir nuestros resultados en salud.

¿Qué efecto podría tener eliminar el copago farmacéutico a los pensionistas de rentas bajas como baraja el Gobierno?

"Sanidad confunde la prestación sanitaria con el aseguramiento"

"Estamos abriendo una autopista al **turismo sanitario"**

Si el Ministerio toma esa decisión, entiendo que dará financiación a las comunidades porque si no volveríamos al yo invito y tú pagas. Si quiere eliminar el copago y da financiación no hay mayor problema si lo han valorado y estudiado. No se puede tomar esa decisión si la carga presupuestaria la llevan las regiones. Las competencias están claras. No se puede hacer electoralismo con una medida tan sensible para los ciudadanos y la gestión autonómica.

Lo que sí está aprobado es la atención sanitaria universal a falta de su reglamento. ¿Cómo valora esta decisión?

Sinceramente, ha sido un poco igual que el copago. En el Interterritorial ya se habló en su momento, todas las comunidades autónomas de todos los signos políticos estábamos dando esa cobertura. En Madrid tenemos 42.000 inmigrantes, que tenemos controlados, y el coste está por encima de los 50 millones desde 2015. Y como lo tenemos nosotros, lo tienen todas las comunidades. Está perfectamente cuantificado. El Ministerio, no sé si intencionadamente, confundió la prestación sanitaria con el aseguramiento. No es cierto que haya mucha gente sin atender y si no que nos den un estudio que lo refleje y si es así que nos den financiación para atenderlos. Si a un inmigrante que llega en situación irregular le damos aseguramiento en cuanto pisa nuestro suelo, estamos abriendo una autopista al turismo sanitario. Si lo hace una persona que viene del norte de África, lo puede hacer un alemán, un inglés, de cualquier nacionalidad, y eso ya existió.

¿Reclamarán a Hacienda el coste?

Por supuesto, porque si toman esta decisión y no tienen la competencia, al menos presupueste cuál es el coste sobre las autonomías.

¿Cómo afecta a la sanidad madrileña el retraso en la reforma de la financiación autonómica?

Fue la primera petición del presidente Ángel Garrido a Pedro Sánchez nada más llegar a la presidencia del Gobierno. Ya había un equipo de trabajo para hablar con Rajoy de este tema. Cada vez que se habla de financiación, Madrid siempre ha salido perjudicada históricamente. Cada madrileño recibe 229 euros menos respecto al resto de españoles y eso se traduce en casi 1.400 millones de euros menos que suponen 600 millones menos en Sanidad. Es una necesidad porque Madrid es la comunidad más generosa. Pedro Sánchez debería abordar cuando antes este tema.

SERGIO MORENO

¿Por qué no se han apoyado más en el sector privado para reducir las listas de espera si resulta más barato?

La estrategia del plan de listas es emplear al máximo los recursos y cuando llegan al tope hay que buscar la complementariedad con la sanidad privada. Estamos haciendo pactos de gestión con cirugía por las tardes y los números han ido bien, se ha reducido el número de personas de 83.000 a principio de legislatura a 71.000 y, sobre todo, el tiempo de espera, de 67 días en agosto de 2016 a 60 días en agosto de 2018. Tratamos de seguir mejorando y quizás lo que deberíamos plantear es un horizonte donde los profesionales decidiesen cuál es el máximo tiempo de espera en determinadas patologías.

¿Sería una ley de garantía de tiempos máximos?

Exactamente, es una de las vías que se está estudiando. Tendría mucho más sentido porque, al fin y al cabo, son recursos sanitarios y no sería una mala decisión. Nuestro objetivo no era tanto reducir el número de personas, que también, como reducir el tiempo de espera.

¿Se ha reducido la concertación o derivación a centros privados?

En los últimos años se ha reducido cerca de un 80 por ciento. En cirugías se ha pasado de 1.200 derivaciones al mes a 10 al mes. La estrategia como planteamiento inicial no está mal, hay que ver los recursos.

Los sanitarios están siendo críticos con la aplicación salarial de la carrera profesional. ¿Ha faltado a su palabra o Hacienda manda?

Somos el primer Gobierno que, después de nueve años, va a abordar la carrera profesional . En general, los profesionales están muy contentos porque ya han visto en sus nóminas esa recuperación de la carrera profesional. Entre hacerlo en tres o cuatro años, la diferencia es que no podía haber compromiso para el tercer año de lo que quedaba de carrera profesional porque las previsiones del déficit y techo de gasto no entraban dentro de la previsión que había con esa subida.

¿Qué está haciendo la Consejería para reducir la precariedad laboral?

Madrid va a hacer la OPE más importante de su historia con 19.000 puestos de trabajo. Empezará en enero del año que viene, primero fisioterapia, enfermería, auxiliares de clínica y las siguientes serán de médicos, y los exámenes serán en menos de seis meses, es un proceso complejo. El objetivo es llegar a un 8 por ciento de temporalidad, queremos tener una plantilla estable.

“Somos el primer Gobierno en abordar la **carrera profesional**”

“Hemos reducido los conciertos con la privada en **cerca de un 80%**”

“No hay ningún conflicto de competencias con **la Ley de Farmacia**”

Jorge Bagán

Socio responsable de la industria de Life Science and Healthcare' de Deloitte

Los dispositivos médicos cambiarán el sistema de salud

Es evidente que las tecnologías disruptivas jugarán un papel crucial en la configuración a futuro de la práctica totalidad de sectores económicos. En el caso de los sistemas sanitarios, este papel crucial se asocia directamente al poco discutible reto de la sostenibilidad a futuro: el crecimiento de gasto mundial previsto en los próximos años es de un 4 por ciento de media pasando de los 7,1 trillones en 2015 a los 8,7 en 2020.

En los sistemas sanitarios, la implantación de estas tecnologías permite no sólo reducir costes sino mejorar la calidad y eficiencia en la atención y cuidado de la salud y, en particular, impulsar los modelos *Value Based Care.* Soluciones como *IoT, big data*, Inteligencia artificial, aplicaciones móviles, *3d printing* o sensores de última generación entre otros, están creando nuevos espacios de mejora de eficiencia y calidad en la gestión de patologías a una velocidad vertiginosa.

En este marco, es especialmente relevante el impacto de *IoT* en el ámbito de la conectividad de tecnología y dispositivos médicos. El sector sanitario ya es cada vez más consciente. El incremento en el número de dispositivos médicos conectados unido al rápido avance en sistemas vinculados a la captura y transmisión de información de utilidad médica y a la tecnología asociada a la conectividad, ha configurado el concepto de *IoMT.* Según MarketsandMarkets, la previsión exponencial del crecimiento de *IoMT* parte de los 41.000 millones de dólares en 2017 y llega a los 158.000 millones en 2022.

IoMT permite la integración de los entornos físicos y digitales de toda la cadena de valor de los sistemas sanitarios, desde el paciente, pasando por los proveedores de servicios sanitarios y finalizando en los fabricantes de tecnología médica. Conecta y gestiona de forma integrada los datos e información crítica, generando ventajas determinantes tanto en eficiencia como en la mejora de resultados en el tratamiento clínico.

En primer lugar, mejora la velocidad, calidad y exactitud de diagnósticos y tratamientos. También permite supervisar y modificar patrones médicos y de comportamiento del paciente en tiempo real. Asimismo, la conectividad proporcionada por sensores conectados a dispositivos médicos facilita el cuidado en tiempo real del paciente incluso desde ubicaciones remotas, así como la comunicación entre unidades sanitarias y la productividad y eficiencia clínica. Una tercera ventaja es que optimiza procesos, información y flujos médicos, asociados a la práctica clínica y de gestión. Y, por último, facilita la innovación y el desarrollo de nuevos modelos de servicios sanitarios y el

En los sistemas sanitarios, la implantación de estas tecnologías permite no solo reducir costes sino mejorar la calidad y eficiencia en la atención y cuidado de la salud y, en particular, impulsar los modelos 'Value Based Care'

desarrollo de la medicina 4P -predictiva, preventiva, personalizada y participativa-.

Varias son las lecciones aprendidas y retos que deben ser considerados dada la experiencia actual en este campo. Por un lado, cualquier proyecto de *IoMT* debe partir de un objetivo y de una configuración como proyecto de transformación de negocio. Y, como tal, debe de abordarse de forma integrada considerando los diferentes ejes: personas -pacientes, médicos, personal sanitario-, procesos -atención y soporte a paciente, actividades clínicas, gestión interna, innovación- y soluciones tecnológicas asociadas. Por otro lado, una de las complejidades es la necesidad de convertir la ingente y creciente cantidad de datos en información estructurada y útil, que aporte evidencias y resultados orientados al paciente y que ayude en la gestión y toma de decisiones sobre diagnóstico, tratamiento y supervisión de patologías. En este sentido, el crecimiento de soluciones de Advanced Analytics será clave.

Además, a medida que los modelos *Value Based Care* incrementan su penetración, la velocidad de adopción e integración de dispositivos conectados se desarrollará en la misma línea. Es fundamental determinar objetivamente el valor aportado por las diferentes soluciones en términos de resultados de salud, eficiencia o, en general, los objetivos concretos de cada organización sanitaria.

Asimismo, *IoMT* se ha convertido en una palanca que acelera el desarrollo de nuevos modelos de negocio y colaboración tanto en la sanidad privada como pública, tan necesarios para mejorar la eficiencia y calidad de toda la cadena de valor del sistema sanitario. En particular, en la transición de soluciones focalizadas en producto a soluciones orientadas a servicio, orientadas a la gestión *end to end* de patologías en términos de eficacia y calidad, pero también de reducción de coste. No obstante, se deben superar retos como la capacidad de las organizaciones para integrar y gestionar datos y sistemas conectados, así como el convencimiento de pacientes y clínicos sobre la seguridad y eficiencia de los dispositivos.

Así, otro reto importante es la ciberseguridad. El incremento en el uso de dispositivos conectados aumenta de forma sistemática los riesgos asociados a la seguridad de los datos. En un estudio reciente de Deloitte, 4 de cada 5 organizaciones se sentían preparadas para gestionar este tipo de riesgos, aunque no cabe duda que es un ámbito tremendamente dinámico y que exige una atención permanente. A ello se suma la necesidad de anticipar y cubrir el marco regulatorio aplicable que también exige a las organizaciones modelos de gestión de riesgos dinámicos y muy robustos en un ámbito de tremenda sensibilidad.

La escasez en perfiles con experiencia suficiente para el desarrollo de modelos *IoMT* es uno de los principales condicionantes para el crecimiento previsto en el mercado. Es fundamental entender el cambio cultural y social a futuro con unas nuevas generaciones que implicarán nuevos perfiles de pacientes, clínicos y personal sanitario.

Pero si algo es fundamental en la articulación de iniciativas de *IoMT* es la necesidad de una visión integral y colaborativa por parte de todos los agentes que intervienen en la cadena de valor de los modelos sanitarios. Las nuevas generaciones aportarán una decidida aceptación de las herramientas digitales, pero en la actualidad es preciso que tanto pacientes como profesionales clínicos y la sociedad en general perciban seguridad sobre la gestión de la información médica personal.

Jorge Bagán

Socio responsable de la industria de Life Science and Healthcare' de Deloitte

Una de las complejidades es la necesidad de convertir la ingente y creciente cantidad de datos en información estructurada y útil, que aporte evidencias y resultados orientados al paciente y que ayude en la toma de decisiones

CON COPAGO, EL GASTO EN FÁRMACOS YA METE PRESIÓN

La factura hospitalaria de medicamentos vuelve a presionar en las cuentas autonómicas en vísperas de que el Gobierno concrete su propuesta de eliminar o revisar la aportación farmacéutica de los pensionistas

JUAN MARQUÉS

El anuncio sin concretar del Gobierno de indultar del copago farmacéutico a los pensionistas con menores rentas llega en el peor momento para las comunidades autónomas. El gasto público en medicamentos está en máximos desde que se aprobó la reforma de la aportación farmacéutica privada en 2012, que estableció por primera vez para los pensionistas una aportación obligatoria en función de tres niveles de renta.

El compromiso del Ejecutivo de revisar el sistema actual de copago farmacéutico añadirá más presión sobre las cuentas sanitarias, una vez que esta partida ya absorbe de media entre el 30 y el 40 por ciento de los presupuestos regionales y está sometida a fuertes tensiones derivadas del envejecimiento de la población.

La nueva ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo, se ha dado un plazo para concretar la propuesta que deberá antes aprobar el Ministerio de Hacienda. Pero su intención es seguir el camino marcado por su predecesora. De momento, ha avanzado que no solo beneficiará a los pensionistas, sino también a los colectivos que más dificultades de acceso tienen a los tratamientos.

Según los datos expuestos por la ministra en una entrevista publicada por *Diario Médico*, "un 4,7 por ciento de la población no puede comprar sus medicamentos". Este porcentaje supone que hay 2,1 millones de personas que no pueden seguir sus tratamientos por razones económicas, lo que no quiere decir que sean pensionistas, cuyo límite máximo de aportación mensual es de 8,23 euros. Más bien se trataría de población activa de bajos ingresos y que están obligados a copagar la mitad del coste de sus recetas.

En cualquier caso, eximir a un grupo de población tan elevado del copago farmacéutico tendría consecuencias muy importantes en el crecimiento de un gasto total en fármacos que superará los 16.731 millones de euros en 2018 y que se reparte entre la partida de recetas médicas dispensadas en oficinas de farmacia (10.376 millones de euros, según el último dato de julio) y los 6.354 millones de euros de gasto hospitalario contabilizado el año pasado.

De cara a los próximos presupuestos empieza a preocupar en las consejerías de Hacienda el crecimiento del gasto farmacéutico. Desde 2014, esta partida se ha elevado en 1.968 millones de euros, un 13,51 por ciento más en tres años, impulsada sobre todo por el incremento registrado en el gasto hospitalario para sufragar los costosos tratamientos contra el virus de la hepatitis C.

La evolución del gasto en recetas médicas ha servido para compensar el fuerte tirón de la partida hospitalaria, que solo en 2015 aumentó en 1.360 millones de euros hasta superar los 6.500 millones de euros. Desde entonces el gasto en este

ISTOCK

Factura farmacéutica de las comunidades autónomas

Datos sobre recetas facturadas al SNS, 2003-2018

	PAGADO POR EL SNS (MILLONES DE EUROS)	VAR. ANUAL (%)	NÚMERO DE RECETAS (MILLONES DE EUROS)	VAR. ANUAL (%)	GASTO MEDIO POR RECETA (EUROS)	VAR. ANUAL (%)
2012	9.769,94	−12,26	913,69	−6,12	10,69	−6,55
2013	9.183,24	−6,00	859,57	−5,92	10,68	−0,09
2014	9.362,62	1,95	868,68	1,06	10,78	0,88
2015	9.534,51	1,86	882,04	1,55	10,81	0,31
2016	9.912,78	3,96	901,57	2,21	10,99	1,71
2017	10.170,78	2,60	908,51	0,77	11,19	1,82
2018*	10.376,97	3,14	920,02	1,58	11,28	1,53

Gasto farmacéutico total de las comunidades autónomas (miles de euros)

	2015	2016	2017	VAR. 2017-2016 (%)	VAR. 2017-2014 (%)	VAR. INTER. JUNIO 2018 (%)
Gasto farmacéutico hospitalario sin Hepatitis C	5.372.006,2	5.754.502,56	6.119.442,41	6,34	20,22	10,9
Gasto en productos farmacéuticos y sanitarios con receta médica	9.749.220,5	10.145.536,85	10.399.631,05	2,50	8,15	2,7
Gasto en productos sanitarios sin receta médica	4.015.563,93	4.233.547,52	4.416.121,13	4,31	18,65	3,9
Total gasto farmacéutico y sanitario sin Hepatitis C	19.136.790,64	20.133.586	20.935.194,59	3,98	13,55	5,3
Gasto farmacéutico hospitalario en Hepatitis C	1.189.841,8	407.850,68	234.683,59	−42,46	113,21	–
Total gasto farmacéutico y sanitario	20.326.632,44	20.541.437,61	21.169.878,17	3,06	14,20	4,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Elaboración propia. (*) Datos hasta junio de 2018.

elEconomista

último capítulo se ha consolidado por encima de los 6.000 millones de euros. Contrasta esta evolución con la apuntada por el gasto en farmacia, que se encuentra en niveles de 2006 y es todavía 2.344 millones de euros inferior al máximo registrado en mayo de 2010. Este equilibrio de gasto para las arcas autonómicas podría romperse con la eliminación del copago farmacéutico, una vez que el último dato interanual de julio apunta ya un alza del 3,14 por ciento en el desembolso en farmacia. Además de los ingresos extra del bolsillo de los propios pacientes, que superaría los 400 millones de euros al año según cálculos de Farmaindustria o de la patronal de las farmacias, la introducción del copago a los pensionistas ha tenido también un efecto disuasorio al frenar el incremento del número de recetas.

La patronal de la industria farmacéutica analizó así cómo, entre los años 2003 y 2011, el incremento medio anual del consumo de recetas osciló entre los 20,5 millones de 2005 y los 47,4 millones de recetas de 2008, con un alza media de 35 millones de nuevas recetas al año durante el periodo. Desde que entró en vigor el Real Decreto-ley 16/2012, este aumento se moderó, hasta situarse en ritmos de crecimiento de la demanda del entorno a los 10-12 millones de recetas adicionales anuales en los dos últimos años.

De recuperarse el ritmo anterior de crecimiento de recetas, las comunidades tendrían que asumir el gasto de cerca de 25 millones de recetas más al año, lo que supone elevar la factura en torno a los 270 millones de euros. En total, serían más de 670 millones de euros, un 6,45 por ciento añadido a la cifra actual de gasto en recetas que ya presentaba un alza interanual del 3,14 por ciento en julio.

ISTOCK

Antonio López-Beltrán

Director del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Clínico Champalimaud de Lisboa (Portugal) y asesor de OncoDNA

Oncología de precisión contra el cáncer de próstata

Recientemente se ha celebrado el *Día de la Salud Prostática*, una fecha reservada a la concienciación para fomentar la prevención. Y es que no son pocos los hombres que desconocen los beneficios que puede aportarle una simple visita anual al urólogo, especialmente a partir de los 50 años. En ese momento aparecen una serie de alteraciones hormonales que repercuten en un crecimiento paulatino de la próstata. Un proceso que puede ser benigno y convertirse en la llamada hiperplasia benigna de próstata (HBP), una de las patologías más habituales de aparato urinario de hombre. En concreto, afecta a más del 50 por ciento de los varones de más de 50 años, y la prevalencia supera el 80 por ciento a partir de los 90 años.

Sin embargo, ese aumento de tamaño también puede mutar en un cáncer. No olvidemos que la dolencia oncológica prostática es la tercera causa de mortalidad por tumores en varones según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), solo por detrás del cáncer de pulmón y del de colon. Gracias a distintas técnicas de prevención, la enfermedad se puede detectar a tiempo y mejorar los porcentajes de éxito, los tiempos de recuperación y la calidad de vida del paciente, que puede ganar la batalla con terapias menos agresivas. De hecho, según la Asociación Española contra el Cáncer, la tasa de curación es del 90 por ciento cuando se diagnostica de forma precoz. Para ello, los especialistas tendemos a medir los niveles del antígeno prostático específico (PSA) y emplear herramientas de diagnóstico por imagen, muy útiles pero con resultados limitados que, en algunas ocasiones, terminan desembocando en terapias innecesarias. Mucho más completos son los estudios genómicos y moleculares, parte esencial de la llamada medicina personalizada, que los urólogos y oncólogos pueden utilizar para detectar y realizar el seguimiento del cáncer de próstata. Un elemento diagnóstico que aporta una mayor cantidad de información sobre un tumor concreto y que se convierte en un importante apoyo a la hora de tomar decisiones clínicas terapéuticas.

Estas serán más acertadas gracias a ese plus informativo, con el que se puede llegar con mayor facilidad a la raíz del problema y encontrar la terapia que mejor se adapte a las necesidades de un paciente, evitándole tratamientos menos eficaces y su consecuente toxicidad. Además, en los casos de próstata, no es infrecuente presenciar una acumulación de mutaciones, que puede conducir a la progresión de la enfermedad y a una resistencia a las terapias estándar. La oncología de precisión y, en concreto, los estudios genómicos son una excelente herramienta para que el clínico pueda adelantarse a esos posibles cambios y personalizar al máximo cada tratamiento.

Mucho más completos son los estudios genómicos y moleculares, parte esencial de la llamada medicina personalizada, que los urólogos y oncólogos pueden utilizar para detectar y realizar el seguimiento del cáncer

Somos los primeros en cuidar tu salud

Para nosotros lo primero es estar cerca de ti con todo lo que pueda necesitar tu salud.

- Más de **100 hospitales, institutos y centros médicos**.
- Más de **35.000 profesionales** dedicados a tu salud.
- Todas las especialidades, los **tratamientos más avanzados y la última tecnología** médica.
- Una **atención experta y personalizada**.

Descubre nuestra forma de entender la salud, persona a persona.

quirónsalud

La salud persona a persona

quironsalud.es

LA PRIVADA SALE BIEN PARADA EN SU COMPARACIÓN INTERNACIONAL

Los resultados asistenciales alcanzados por los centros privados en España son homologables a los de los países europeos más punteros, según el Estudio RESA 2018 que elabora el IDIS

JUAN MARQUÉS

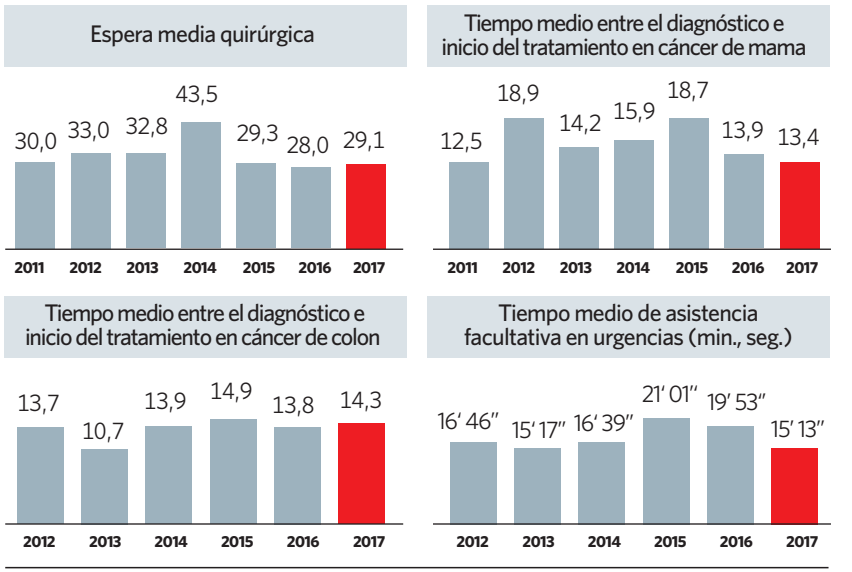
El Estudio RESA 2018, Indicadores de resultados en salud de la sanidad privada, sigue sumando centros e indicadores y ampliando su alcance para ofrecer una imagen en casi tiempo real de su estado (2017) y permitir al ciudadano decidir sobre aquello que más le importa.

En la séptima edición del estudio, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) avanza dos novedades importantes. En primer lugar, incluye ya cuatro indicadores comparados con los datos del proyecto internacional (EIQI), que se realiza en más de 400 hospitales públicos y privados de Alemania, Suiza y Austria. Se cotejan así los datos de mortalidad por neumonía no complicada, que en 2017 arrojaron un resultado del 8,4 por ciento, similar al 9 por ciento obtenido en EIQI o a los recogidos por el Observatorio de la Comunidad de Madrid, que oscilan entre el 7,85 por ciento y el 8,84 por ciento de casos. El sector privado español se encontraría

Presentación del último Estudio RESA, en Madrid .EE

Indicadores de accesibilidad de los hospitales privados

Datos en días



Fuente: IDIS, 2018. elEconomista

alineado, por tanto, dentro de los parámetros asistenciales de los sistemas más punteros en Europa y España.

Otro de los indicadores comparados de forma internacional es la mortalidad por fractura de cuello de fémur o de cadera pertrocantérea, con resultados del 3,5 por ciento y 3,4 por ciento, respectivamente, que son mejores incluso que el 5,3 y 5,1 por ciento, respectivamente, registrados por EIQI.

Asimismo es homologable el porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo vesícula biliar y el compromiso para próximas ediciones es seguir profundizando en esta comparación de indicadores bajo el principio asumido por el IDIS de "todo lo que no se mide y no se compara difícilmente se mejora" porque, como bien subrayó el director general del Instituto, Manuel Vilches, "no sirve de nada decir qué bueno soy, si no te comparas con nadie".

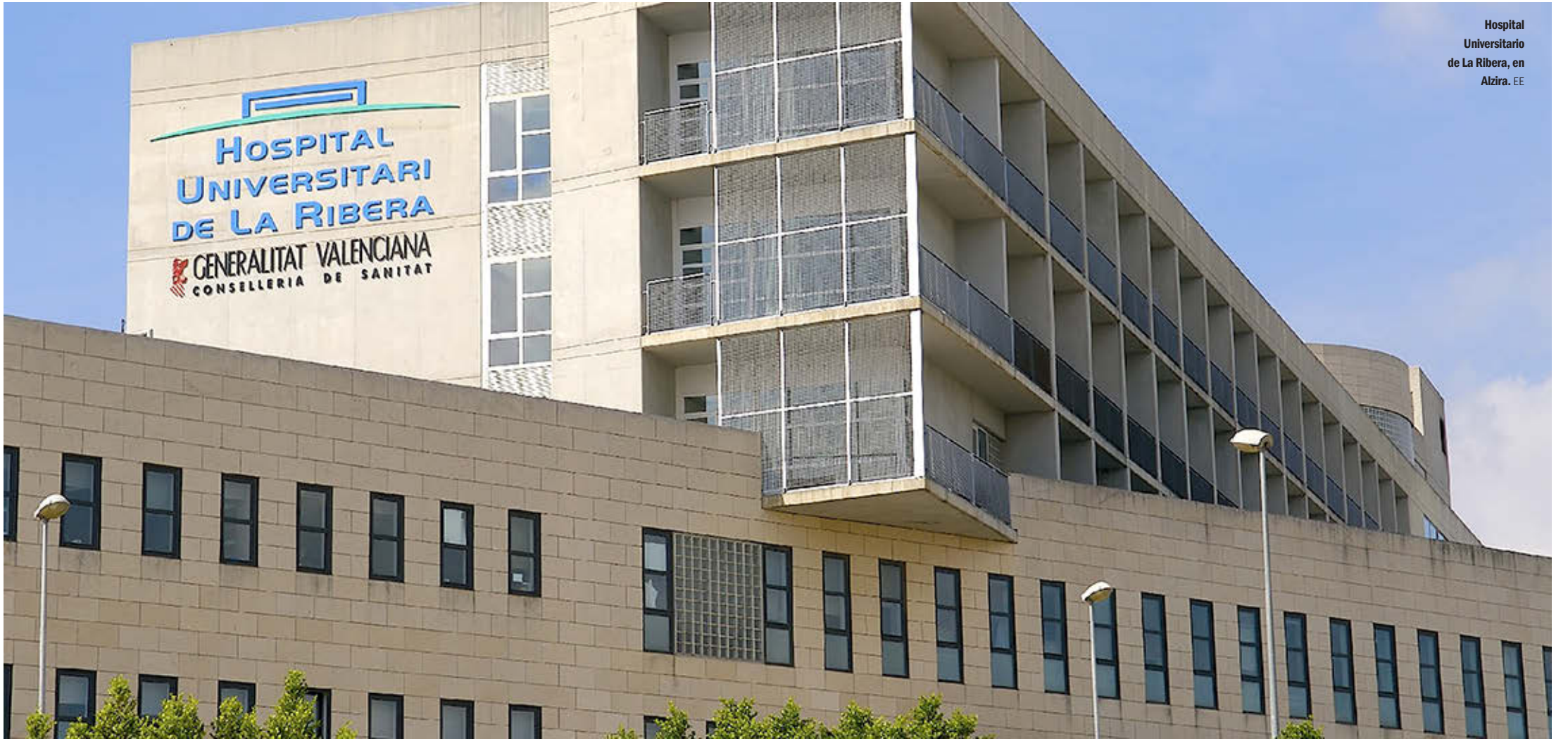
Lo que está claro a juzgar por los 325 centros sanitarios participantes en RESA 2018, donde se analizan 63 indicadores, es que la sanidad privada española no tiene miedo a compararse ni con los centros públicos en España ni tampoco con sus homólogos en Europa. Un ejercicio, por cierto, donde también ha salido bien parado el Sistema Nacional de Salud español en su conjunto al situarse en tercer lugar mundial en el ránking de países con la sanidad más eficiente del mundo que elabora la agencia Bloomberg. Este resultado también ha sido reivindicado por la Fundación IDIS, ya que el gasto privado en Sanidad representa el 29 por ciento del gasto sanitario total y el sector da cobertura a más de 11 millones de usuarios en España con una red hospitalaria que cuenta con el 33 por ciento de las camas instaladas y donde se llevan a cabo tres de cada diez intervenciones quirúrgicas o atiende el 23 por ciento de las urgencias.

Suma medio millón más de asegurados, pero mantiene resultados

La sanidad privada mantuvo sus indicadores de calidad a pesar de sumar medio millón más de personas aseguradas en 2017, hasta situarse en los 10,5 millones de usuarios si se cuenta los dos millones de funcionarios mutualistas. Los 3,94 días de estancia media de ingreso, las ocho horas de estancia media prequirúrgica o el 95,7 por ciento de las cirugías biliares por laparoscopia o los 29 días de espera media electiva para intervenciones quirúrgicas se han mantenido o mejorado en los últimos años y siguen siendo una muestra de la eficiencia y accesibilidad del sector.

Perfil de paciente mayor de 65 años

Pero hay más novedades en RESA 2018. Por primera vez, analiza el segmento de personas mayores que atiende la sanidad privada. La sorpresa para los autores, como destacó el director general del IDIS, Manuel Vilches, durante la presentación del estudio, es que este colectivo representa el 35,4 por ciento de las altas de la sanidad privada y el 44 por ciento de estancias totales. Es decir, cerca de la mitad de un hospital privado está dedicada a la atención de las personas mayores y los resultados asistenciales obtenidos son idénticos e incluso mejores que en el resto de tramos de edad, destaca el Instituto que agrupa a las principales compañías del sector privado.



Hospital Universitario de La Ribera, en Alzira. EE

ALZIRA SE CONVIERTE EN UN 'CONTRAMODELO' DE ESTUDIO

Más tiempos de espera y mayor coste público, más conflictos laborales y peores resultados para los ciudadanos: este es el balance en poco más de medio año de la reversión del Hospital de La Ribera

JUAN MARQUÉS

Seis meses de gestión pública directa del Departamento de Salud de Alzira en la Comunidad Valenciana han bastado para deteriorar los indicadores de calidad asistencial de un modelo de colaboración pública-privada avalado hasta el pasado mes de abril por sus resultados.

La reversión del Hospital de La Ribera por parte del Gobierno de Ximo Puig, la primera concesión administrativa de gestión sanitaria en España que asumió un grupo privado en 1999, no ha mejorado la gobernanza del centro, ni la salud del área de población que da cobertura, ni tan siquiera lo ha hecho

más sostenible, por mucho que la exministra de Sanidad y exconsejera valenciana, Carmen Montón, expresara lo contrario justo antes de abandonar el cargo por el escándalo de las irregularidades y plagio del trabajo fin de máster de la Universidad Rey Juan Carlos.

El presidente del grupo Ribera Salud, Alberto de Rosa, es especialmente crítico con los 180 días que han pasado desde que entregaron las llaves del hospital, el pasado 31 de marzo: "Tal como indicamos a la *Conselleria de Sanitat* y al presidente de la Generalitat Valenciana en el informe que le hicimos llegar, la reversión del hospital de La Ribera ha tenido consecuencias negativas para los profesionales, que han empeorado sus condiciones laborales además de haber sido despedidos en los últimos cuatro meses más profesionales que en los últimos 10 años". Para los ciudadanos también ha tenido un coste asistencial, ya que, "han perdido algunos servicios, han visto aumentadas las listas de espera y la demora para consultas y pruebas". Y, por supuesto, la Administración Pública no ha salido ganando del cambio impulsado por Montón frente a los resultados que arrojaba el modelo de gestión indirecta, al incrementar los costes públicos, "tal y como advertía también el Informe de la Sindicatura de Cuentas encargado por el actual Gobierno", lamenta De Rosa.

De hecho, las condiciones laborales de los profesionales no se han respetado, tal y como obliga el Estatuto de los Trabajadores y el propio decreto de subrogación de personal. El comité de empresa del hospital de Alzira ha denunciado así algunos casos de "traslados forzosos" del personal laboral subrogado y su sustitución por otros profesionales, a pesar de que la Consejería se comprometió a garantizar por decreto las condiciones laborales de los trabajadores.

Pero las intenciones de la exconsejera quedaron claras desde el primer día de la reversión, cuando ordenó la rescisión de los contratos del equipo de dirección, 14 directivos en total. La plataforma *SanitatSolsUna*, de defensa del modelo de colaboración público privada, cifra en un millón de euros en compensaciones la liquidación económica de dichos contratos. Los trabajadores del centro han denunciado además que en las nóminas del personal subrogado por la Consejería figuran como personal "laboral indefinido no fijo", cuando el decreto que regula al personal de La Ribera precisa que los trabajadores mantendrán su relación laboral en la condición de "personal laboral a extinguir".

Si esto sucede dentro del centro, las repercusiones de la reversión también las están pagando los ciudadanos, en forma de más listas de espera, menos

Ximo Puig y Carmen Montón. EE

El porcentaje de pacientes que esperan una cirugía más de 30 días ha subido 15 puntos

servicios, caos en el aparcamiento o retraso en las pruebas. La propia gerente de La Ribera, Isabel González, reconoció a finales de junio el deterioro en la evolución de las listas de espera y que el centro funcionaba "peor", según reveló *El Mundo*. El porcentaje de pacientes que esperan una cirugía más de 30 días se ha incrementado en más de 15 puntos (36,60 por ciento) en relación con el año anterior y, por el contrario, se ha reducido el número de los que se tratan en menos de 30 días. Lo sorprendente es que el incremento de las listas es fruto de una menor actividad hospitalaria, pese a contratarse a 480 trabajadores más desde el 1 de abril.

Janssen obtiene la aprobación de Darzalex

Janssen Pharmaceutical Companies de Johnson & Jonhson anuncia la autorización de comercialización a Darzalex (daratumumab) por parte de la Comisión Europea como tratamiento de primera línea. La aprobación es para el uso de daratumumab en combinación con bortezomib, melfalán y prednisona (VMP) en el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple recién diagnosticado.

Alianza estratégica en oncología de AZ y MSD

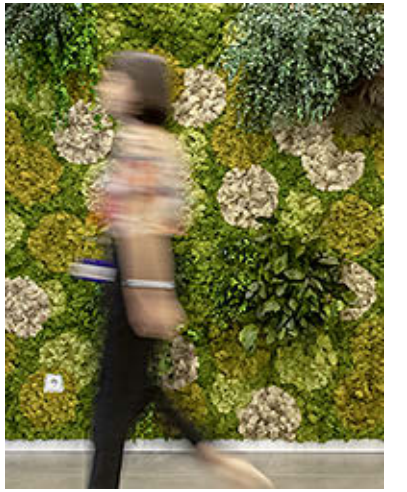
AstraZeneca y MSD firman un acuerdo estratégico de colaboración en oncología con el objetivo de co-promocionar Lynparza (olaparib), el primer inhibidor de la poli ADP-ribosa polimerasa (PARP) aprobado a nivel mundial. Esta alianza, que se basa en el acuerdo global que se hizo efectivo en julio de 2017, permitirá poner a disposición de un mayor número de pacientes tratamientos innovadores que suponen una diferencia real en su calidad de vida.

Farma-Biotech atrae más de 500 proyectos

Más de 500 proyectos de investigación se han presentado a las 16 convocatorias del Programa Farma-Biotech, la iniciativa puesta en marcha por Farmaindustria en 2011 que promueve la colaboración entre la industria farmacéutica y el mundo de la investigación biomédica en la búsqueda de proyectos con potencial innovador y con expectativas razonables de convertirse en un fármaco innovador autorizado y disponible para pacientes.

Amgen lanza su primer biosimilar en España

Kanjinti (trastuzumab) está ya disponible en España como tratamiento del cáncer de mama HER2 positivo (tanto en fase precoz como metastásica) y para tratar el cáncer gástrico metastásico HER2 positivo. Kanjinti es un biosimilar de trastuzumab desarrollado por Amgen en colaboración con Allergan. Amgen entra así de lleno en el terreno de los biosimilares, biológicos equivalentes en calidad, eficacia y seguridad a un biológico original.



Roche, diez años como empresa más sostenible

Por décimo año consecutivo, Roche mantiene su liderazgo y es reconocida como la empresa farmacéutica más sostenible según los Índices de Sostenibilidad Dow Jones (DJSI). Estos índices realizan un análisis en profundidad del desempeño económico, social y ambiental de las compañías y sirven como punto de referencia para los inversores que aplican criterios de sostenibilidad en la selección de sus carteras.

I EDICIÓN PREMIOS

José Echegaray

elEconomista.es

elEconomista celebra la **I Edición de los Premios José Echegaray,** que reconocen a aquellas personalidades con proyección internacional que más han contribuido a promover el espíritu y el ideario liberal de **elEconomista** desde su origen.

Tras la deliberación del Comité de Dirección y de la Presidencia, y en atención a su sobresaliente trayectoria y vocación de servicio público desarrollada tanto en el sector privado como en las más relevantes instancias españolas y europeas, para **elEconomista** es un grato honor conceder a **D. Luis de Guindos, vicepresidente del Banco Central Europeo,** el primer **Premio José Echegaray.**

Premiado:
D. Luis de Guindos
Vicepresidente del
Banco Central Europeo

Organiza:
elEconomista.es

I EDICIÓN PREMIOS José Echegaray elEconomista.es

LUNES, 15 DE OCTUBRE
Hotel Villa Magna Madrid

Patrocinan:

//ABANCA

iberCaja

MM GRUPOMUTUA

Sabadell

Liberbank

Unicaja Banco

Miguel Ángel García Ureña

Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario del Henares

Mejor prevenir que curar, un axioma válido en cirugía

Las laparotomías son necesarias todavía… Siempre que realizamos una intervención quirúrgica en el abdomen para tratar cualquier patología en el organismo, accedemos mediante una incisión en los músculos de la pared abdominal. Esto es, necesitamos hacer una herida o incisión para poder arreglar un problema funcional o extraer un tumor. En cirugía abdominal se utiliza el término laparotomía para este tipo de incisiones. Es cierto que la introducción de la cirugía laparoscópica ha permitido realizar las mismas intervenciones quirúrgicas con incisiones más pequeñas y, por tanto, con menos agresión que las producidas con estas laparotomías. Sin embargo, hoy en día se tienen que seguir utilizando laparotomías para muchas cirugías que de forma electiva o urgente no pueden solucionarse por vía laparoscópica. Una de las consecuencias relativamente frecuentes de la laparotomía, e incluso de la laparoscopia, es el desarrollo de una hernia incisional sobre la cicatriz. También se conocen estas hernias con el nombre de eventraciones. Un buen número de los pacientes que desarrollan eventraciones tienen mermada su calidad de vida e incluso no pueden ejercer su actividad laboral habitual por estas hernias. Evidentemente, las bajas laborales relacionadas con estas hernias suponen un gravamen económico añadido al coste de su eventual intento de reparación quirúrgica.

Pero, ¿cómo son de frecuentes estas eventraciones? Ya hace más de un siglo, concretamente en el año 1901, se estimaba que estas hernias incisionales se desarrollaban en más del 15 por ciento de los enfermos sometidos a laparotomías. En las últimas dos décadas, se han realizado estudios epidemiológicos muy interesantes sobre la elevada incidencia de estas hernias que en algunos enfermos y patologías puede superar el 40 por ciento. Esto significa que en algunas situaciones casi 1 de cada 2 ó 3 enfermos desarrollan estas hernias tras la cirugía abdominal realizada. Y la única solución que tienen estas hernias es volverlas a operar. Otra vez pasar por el quirófano y, además, sin la garantía de que tras esta nueva corrección quirúrgica se vaya a dar con la solución definitiva. No parece extraño entonces que uno de los grupos de enfermos más frecuentes en la lista de espera quirúrgica a nivel nacional e internacional sea precisamente el de los enfermos con estas hernias. Esto conlleva un enorme gasto sanitario consigo: otro ingreso, otra intervención quirúrgica, otra baja laboral…

Uno de los grupos de enfermos más frecuentes en la lista de espera quirúrgica a nivel nacional e internacional sea precisamente el de los enfermos con estas hernias. Esto conlleva un enorme gasto sanitario consigo

Para agravar aún más la situación, si el nuevo tratamiento quirúrgico de esta eventración no tiene éxito, se ha estudiado que el enfermo entra en lo que se ha denominado "círculo vicioso" de la eventración en la que un nuevo intento de reparación de la eventración conlleva una disminución significativa de posibilidad de éxito. Tenemos en nuestra Unidad de Pared Abdominal Compleja algunos pacientes que han sido operados incluso más de 15 veces por estas hernias que, una y otra vez, vuelven a salir.

Y entonces, ¿podemos hacer algo para evitar estas hernias tras la primera cirugía? Pues parece que sí. En la última década se han estudiado dos formas de prevenirlas que no son, ni mucho menos, excluyentes entre sí: una, mejorando y cuidando la forma de cerrar estas laparotomías con suturas más pequeñas. La otra, utilizando una malla de refuerzo para mejorar la cicatrización y evitar el desarrollo de estas hernias. De hecho, en algunos grupos de riesgo como los pacientes que se operan de un aneurisma o aquellos pacientes en los que hay realizarles un estoma -ano artificial- definitivo, hay evidencia científica suficiente para recomendar el empleo de estas mallas.

¿Cómo son de seguras estas mallas profilácticas? Hay ya muchos estudios publicados a este respecto. Podemos estar orgullosos de que tres de los mejores estudios realizados han sido efectuados en España, que ha sido pionera en el mundo en este campo, junto con Holanda. Estos estudios han corroborado que el empleo de una malla profiláctica permite reducir significativamente las eventraciones tras laparotomías sin que ello suponga añadir complicaciones significativas para el paciente. De hecho, estas mallas se vienen utilizando de forma sistemática y con seguridad en las cirugías de hernia inguinal desde hace más de 40 años.

¿Y son caras estas mallas? Se calcula que el uso de estas mallas supone menos del 5 por ciento del gasto sanitario asociado a la intervención quirúrgica. Podemos afirmar con rotundidad que el añadir una malla de refuerzo en el momento del cierre de una laparotomía es coste-efectivo. Teniendo en cuenta que el coste medio de la reparación de una eventración puede ser de aproximadamente 4.000 euros, el añadir una malla de refuerzo cuyo coste está entre 200-300 euros puede ser un gran ahorro.

¿Son necesarios más estudios? En todo el mundo hay varios estudios en marcha que, muy probablemente, extiendan el uso de estas mallas a grupos de riesgo más concretos y a otros tipos de laparotomías, como las que emplean los urólogos o ginecólogos. La nueva actualización de las guías de la European Hernia Society sobre el cierre de laparotomías va a incluir, con toda seguridad, recomendaciones para su uso en pacientes incluidos en grupos de riesgo ya estudiados. Evidentemente, los cirujanos serán libres o no de seguir esta guía clínica, pero estamos convencidos que, durante los próximos años, veremos extenderse paulatinamente el uso de estas mallas profilácticas para evitar el desarrollo de estas incómodas hernias que reducen la calidad de vida de los pacientes y les hacen volver a pasar por el quirófano. Parce que el axioma tradicional, prevenir mejor que curar, es perfectamente aplicable en cirugía y no sólo desde una perspectiva terapéutica médica.

Miguel Ángel García Ureña

Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario del Henares

Los estudios han corroborado que el empleo de una malla profiláctica permite reducir significativamente las eventraciones tras laparotomías sin que ello suponga añadir complicaciones para el paciente

Inauguración del Congreso de Sedisa en Madrid. EE

LOS DIRECTIVOS SANITARIOS SE FAMILIARIZAN CON LA RSC

Sedisa emplaza a los hospitales a mejorar sus criterios de compra responsable, la evaluación de proveedores, el código ético y la seguridad del paciente

ISMAEL SÁNCHEZ

Dos posicionamientos públicos de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa) relacionados con la Responsabilidad Social Corporativa de las organizaciones sanitarias han puesto de manifiesto el creciente interés que en este colectivo, principalmente compuesto por gerentes de hospital, sigue cobrando una disciplina cada vez más familia, pero que todavía presenta un notable margen de mejora. Los hospitales pueden y deben incorporar con mayor determinación los criterios de compra responsable en función de factores medioambientales y sociales; la metodología de evaluación de proveedores e identificación de riesgos; un código ético para la cadena de suministro, y alianzas estratégicas con agentes de la comunidad en la que están ubicados. Así se desprende del Sondeo sobre la implementación de la RSC en las organizaciones sanitarias, que recoge notables avances y realidades, aunque detecta

áreas de mejora importantes. “Las organizaciones sanitarias llevan años trabajando en RSC, pero queda aún mucho camino por recorrer”, admite Anna Rodríguez Cala, directora de Estrategia del Instituto Catalán de Oncología y responsable del Comité de RSC y Ética de Sedisa.

Pese a que la orientación al usuario es el apartado que arroja mejores resultados en implementación de medidas concretas (sistemas de gestión de la calidad, cartera de servicios, plan de comunicación en derechos y deberes y programas de humanización), Sedisa no parece del todo conforme y ha puesto su mira en la seguridad del paciente: “Debe formar parte del ADN de los hospitales porque aporta calidad asistencial, mejora los resultados en salud, incrementa la eficiencia, mejora la utilización de recursos y, en definitiva, responde al compromiso ético de aportar al paciente lo mejor con los recursos disponibles”, señala Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad.

Para tener más certeza sobre la situación real de la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud (SNS), Sedisa va a realizar otro estudio centrado exclusivamente en este tema, partiendo de que un tercio de las organizaciones sanitarias no dispone de plan de acción en este ámbito. Y ello a pesar de que se trata de un factor clave para la calidad y la eficiencia de los sistemas sanitarios. Un dato de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) abunda en esta realidad: el daño al paciente representa la 14ª causa principal de enfermedad, en puestos próximos a patologías tan conocidas como la tuberculosis o la malaria. Además, España dispone de una política específica en la materia (Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020), entendida como un factor fundamental de la calidad asistencial y que debe impulsar estrategias para reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria. Pero, como en tantas otras ocasiones, la acción de los poderes públicos no parece suficiente y de ahí que la aportación de otros agentes, como en este caso los directivos sanitarios, pueda resultar de gran ayuda.

Si hay una bandera reconocible en la estrategia pública de Sedisa en los últimos años, esta ha sido sin duda la profesionalización de la función directiva. Pues bien, este objetivo debe hacerse posible “desde una cultura organizativa enfocada hacia la RSC, la ética y la transparencia”. Y así está ocurriendo porque Sedisa ya dispone de un Código Ético, hecho público en marzo de 2017, se ha posicionado claramente en el ámbito de la responsabilidad social y ahora quiere dar un paso más en materia de seguridad del paciente.

EE

El grupo farmacéutico Menarini apuesta por el desarrollo de una salud más humana

El grupo farmacéutico Menarini ha hecho público su Informe de Sostenibilidad 2017 bajo el título Por una salud más humana, en el que recoge las actividades de fomento de la investigación y desarrollo de la empresa y las acciones de responsabilidad social corporativa llevadas a cabo el pasado año. La compañía se sumó en 2017 al Pacto Mundial de Naciones Unidas en 2017 y comenzó a trabajar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) creados por la ONU para implicar a empresas y organizaciones en la protección del planeta y de sus habitantes.

Así, Menarini asegura haber trabajado en “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos” y “adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos”.

El informe se ha realizado siguiendo los ODS y los estándares del Global Report Initiative (GRI) e incluye información sobre las iniciativas realizadas por la compañía en aspectos como el Buen Gobierno, el empoderamiento de los pacientes, el apoyo a los profesionales de la salud, el compromiso medioambiental y el trabajo social que se lleva a cabo con distintas organizaciones e instituciones de la ciudad de Badalona, continúa la empresa en una nota. Con este segundo informe, Menarini asegura haber consolidado la evolución de su política de RSC, uno de sus ejes estratégicos. “Para nosotros no tiene sentido el trabajo que hacemos si no logramos impactar de forma positiva en la sociedad, y más concretamente, en nuestro entorno. La responsabilidad social corporativa está en el corazón de nuestro trabajo y es una parte fundamental de nuestra motivación”, señala Salvador Pons, director general de la farmacéutica.

Francisco Kovacs

Unidad de la Espalda Kovacs del Hospital Universitario HLA-Moncloa. Director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda

Vencer el dolor de espalda desde la infancia

Con la Campaña de Prevención de las Dolencias de la Espalda entre los Escolares, la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, Asisa y la Fundación Asisa transmiten recomendaciones comprobadamente efectivas para prevenir esas dolencias desde edades tempranas y, si se padecen, disminuir su impacto, acortar su duración y reducir su riesgo de recidiva.

El dolor de espalda es la causa más frecuente de discapacidad en todo el mundo, y más de 80 de cada 100 personas lo sufrirá alguna vez en su vida. En el 95 por ciento de los casos se debe a causas "inespecíficas", es decir, a que están funcionando mal los mecanismos mediante los que los músculos, fascias, tendones y ligamentos se coordinan entre sí para sostener erguido el cuerpo y mantener su equilibrio. Ese mal funcionamiento conlleva en último término su sobrecarga, contractura e inflamación.

En la mayoría de los casos el dolor suele mejorar espontáneamente en menos de 14 días, pero si supera ese límite y se convierte en subagudo, deviene el principal determinante de la calidad de vida del paciente. Y si alcanza los tres meses se convierte en crónico, desencadenándose mecanismos neurológicos, musculares y psicológicos que pueden mantenerlo indefinidamente, aunque se resuelva la causa que lo causó inicialmente; agravar las limitaciones que genera; dificultar su tratamiento; sugerir -erróneamente- al paciente que no tiene solución; y deprimirlo. Aunque los pacientes con dolor crónico suponen sólo el 20 por ciento, son los que más sufren y generan el 80 por ciento de los costes totales a la sociedad. Por eso, tan importante como prevenir el dolor de espalda es evitar que, si aparece, llegue a convertirse en crónico.

En las últimas décadas, la investigación médica ha mejorado espectacularmente el conocimiento sobre las causas y los mecanismos implicados en el dolor de espalda, cambiando drásticamente las recomendaciones para su prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación. Estos estudios científicos reflejan que, en el pasado, tal vez los propios médicos hemos agravado el problema al recomendar algunas medidas que realmente son contraproducentes y que se prescribieron sin comprobar antes su eficacia, solo porque que parecían sensatas a la luz del conocimiento entonces disponible; por ejemplo, guardar reposo en cama durante el

La investigación médica ha mejorado espectacularmente el conocimiento sobre las causas y los mecanismos implicados en el dolor de espalda, cambiando drásticamente las recomendaciones para su prevención

episodio doloroso, o fijar quirúrgicamente las vértebras cuando el dolor se atribuía al “desgaste” -“degeneración”- de los discos intervertebrales.

Pero esos estudios también han generado medidas eficaces; se han desarrollado métodos contrastados para seleccionar los tratamientos más apropiados para cada paciente, se ha comprobado la eficacia de nuevos tratamientos para casos previamente irresolubles..., y se ha demostrado que algunas medidas sencillas son efectivas para prevenir el dolor de espalda, disminuir su impacto y reducir el riesgo de que se prolongue o reaparezca.

Convertir esas medidas en hábitos cotidianos es esencial y resulta especialmente fácil durante la infancia. Hay tres motivos más para instaurarlas desde esas edades: el primero es que actualmente se sabe que, si bien el dolor de espalda es infrecuente antes de los 8 años, a partir de esa edad su frecuencia va aumentando y a partir de los 13-15 es muy similar a la de los adultos. El segundo es que padecer dolor de espalda en la infancia aumenta el riesgo de sufrirlo de manera crónica al ser adulto. Y el tercero, que se ha demostrado que la prevención durante la infancia es factible, al comprobarse científicamente la efectividad de la Campaña concreta que se está aplicando.

Las medidas más importantes son dos: la primera, hacer ejercicio, deporte o actividad física de manera regular y tan frecuente como sea posible, si bien los deportistas competitivos de nivel cuasi profesional deben cumplir rigurosamente las instrucciones de sus entrenadores y médicos deportivos para evitar lesiones y desequilibrios musculares que facilitan la aparición de dolor de espalda. La segunda medida es evitar el reposo en cama si aparece un episodio doloroso; en vez de eso, debe mantenerse el mayor grado de actividad que el dolor permita, interrumpiendo solo aquellas actividades y esfuerzos concretos que desencadenen o agraven el dolor, pero manteniendo todas las demás para evitar la pérdida de tono y condición muscular, que aparece después de sólo 48 horas de reposo en cama, retrasa la recuperación y aumenta el riesgo de recidivas.

La Campaña se basa en la distribución del *Tebeo de la Espalda*, que transmite éstas y otras medidas a los niños de entre 6 y 12 años, y puede descargarse gratuitamente tanto en *app* como en versión impresa desde las páginas webs de las entidades participantes (*www.espalda.org*; *www.blogdeasisa.es*; *www.cgcom.es*).

También sería deseable asegurar que, especialmente en las edades peri-puberales en las que hay grandes diferencias entre la estatura de los alumnos de una misma clase, la altura de sillas y pupitres fuera adaptable para no obligarles a adoptar posturas forzadas durante muchas horas seguidas, y racionalizar el peso de la carga escolar para que no excediera del 10 por ciento del peso corporal, especialmente si se transporta durante periodos largos. Pero estas medidas dependen de las autoridades públicas por lo que probablemente sea más seguro y fiable centrarse en las medidas que puedan adoptarse a nivel individual: haga tanto ejercicio como pueda, evite el reposo en cama si le duele la espalda, e inculque esos preceptos a sus hijos desde su más tierna infancia.

Francisco Kovacs

Unidad de la Espalda Kovacs del Hospital Universitario HLA-Moncloa. Director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda

Hay que evitar el reposo en cama si aparece un episodio doloroso; en vez de eso, debe mantenerse el mayor grado de actividad que el dolor permita, interrumpiendo solo aquellos esfuerzos que agraven el dolor

PREVENCIÓN EN **ESPACIOS CONFINADOS**

Es responsabilidad empresarial comprobar que el personal que ha de trabajar en recintos pequeños y las medidas de protección, así como la actuación frente a emergencias, son las adecuadas

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

ISTOCK

Todos gustamos de espacios limpios y amplios para disfrutar de nuestra actividad laboral. Sin embargo, poco reflexionamos sobre las condiciones laborales de quienes han de trabajar en recintos pequeños. Son los denominados espacios confinados. Se incluye "cualquier espacio total o parcialmente cerrado, con aberturas limitadas de entrada y salida, y ventilación natural desfavorable, en el que pueden acumularse contaminantes tóxicos o inflamables, o tener una atmósfera deficiente en oxígeno, y que no está concebido para una ocupación continuada por parte del trabajador". Algunas tareas de mantenimiento, limpieza o tomas de datos requieren acceder o transitar por estos lugares, aunque sea de manera puntual.

Pueden clasificarse por sus características geométricas, en dos grandes grupos: los abiertos por su parte superior y de una profundidad tal que dificulta su ventilación natural, como pozos, cubas o fosos de engrase; y los cerrados con sólo una pequeña abertura de entrada y salida como tanques, trafos subterráneos, túneles, alcantarillas, bodegas de barcos, reactores o galerías de servicios. Se estima que un nivel de ventilación adecuado en el interior de un lugar de trabajo, supone una renovación mínima de 50 m3 de aire limpio por hora y trabajador. También hay que tener en consideración el volumen total del recinto en el que cada trabajador se encuentra. Son niveles adecuados para un lugar de pequeñas dimensiones, pero pueden ser insuficientes en un recinto confinado de grandes dimensiones.

En las galerías eléctricas, por ejemplo, se exige una ventilación natural mínima de 6 veces la atmósfera interior por hora. Sin embargo, no deberían suponerse ventilaciones adecuadas si no existen al menos dos entradas abiertas que generen una corriente de aire, ni siquiera en recintos poco profundos, de 2 ó 3 metros. Los riesgos atmosféricos son uno de los grandes peligros que puede encontrar el trabajador en el interior de un recinto confinado. El contenido de oxígeno inferior al 19,5 pore ciento o superior al 23 por ciento así como una acumulación de agentes inflamables o explosivos por encima del 10 por ciento del límite inferior de inflamabilidad, constituyen atmósferas peligrosas. Puede darse una disminución de oxígeno por un consumo del oxígeno existente en el espacio confinado, por ejemplo, en fangos orgánicos, silos de cereales o

fermentaciones alcohólicas en tinas de vino, así como en trabajos con la combustión de un producto como en talleres con soldaduras, uso de equipos electrógenos o iluminación a gas.

Los equipos de protección respiratoria se convierten en indispensables en todos aquellos trabajadores en fosas sépticas, redes de alcantarillado y en digestores de depuración de aguas residuales. La utilización de medidores de gases para comprobar, tanto los niveles de oxígeno como los de gases tóxicos e inflamables, es de obligado cumplimiento.

El riesgo de caídas y golpes debe disminuir con el uso de material de protección como botas de seguridad, guantes de protección mecánica y ropa de manga larga. La protección craneal ha de llevarse a cabo en forma de *gorras* que cumplan la norma UNE-EN 812 que proporcionan protección frente a los golpes, pero no resultan eficaces en otros riesgos, como la caída de objetos, donde son necesarios cascos que cumplan con la norma UNE-EN 397. Es importante que el trabajador conozca estas diferencias normativas en materia de prevención. También se han de evitar caídas de objetos al interior de un espacio confinado como por ejemplo en los silos de almacenamiento. Se deben instalar defensas metálicas y/o textiles en la boca de entrada o balizar una zona de seguridad. Las reducidas dimensiones tanto en altura como en el ancho de pasillos y salas, generan habitualmente posturas forzadas con sobreesfuerzos mantenidos. Las ayudas mecánicas son necesarias para la movilización de grandes pesos, así como el uso de equipos de protección individual, a modo de fajas lumbares o muñequeras entre otros.

Descansos necesarios

Son necesarios los periodos de descanso en operarios que deben permanecer en malas posiciones de manera prolongada y cuando la actividad sea intensa o las temperaturas y humedad ambiental elevadas. Los atrapamientos pueden aparecer en recintos con deficiente iluminación o ante la presencia de equipos susceptibles de ponerse en movimiento. Por otra parte, los espacios confinados suelen ser zonas fácil y rápidamente inundables y el riesgo de ahogamiento es importante.

ISTOCK

Es necesario vaciar los líquidos presentes en el recinto antes de acceder al mismo, mediante bombas de achique garantizando su buen funcionamiento antes de la entrada del trabajador. Es preciso un enclavamiento efectivo de aquellas conducciones que pueden aportar producto líquido al interior. En el caso de instalaciones de aguas pluviales es necesario conocer las condiciones meteorológicas para diseñar un adecuado cronograma de trabajo.

Los riesgos por contactos eléctricos, el contacto con sustancias tóxicas y corrosivas, así como los riesgos biológicos han de ser extremadamente controlados, sin olvidar el posible pánico psicológico que puede sufrir un trabajador en el interior de un espacio confinado.

La formación adecuada y periódica de los trabajadores, orientada a ganar confianza en uno mismo y en el resto de compañeros ayuda a reducir este riesgo. Es responsabilidad empresarial comprobar que el personal y las medidas de protección, así como la actuación frente a emergencias, son las adecuadas. Mejor cerrar una ventana al riesgo laboral y abrir puertas a la plena Salud.

LA BOLSA SE 'ENGANCHA' A INVERTIR EN MARIHUANA

La legalización de la producción y el consumo de cannabis para fines recreativos en Canadá -también es legal en nueve Estados de EEUU- ha disparado las acciones en el mercado

XAVIER MARTÍNEZ-GALIANA

Cuando el próximo 17 de octubre sea posible comprar marihuana en Canadá como hasta ahora se adquiría una cajetilla de tabaco en el estanco, se abrirá un escenario nuevo en el que escenas como las de la película, con policías vigilantes, traficantes y el temor a acabar en la cárcel, serán cosa del pasado. La legalización de la producción y el consumo de cannabis para fines recreativos en Norteamérica -también es legal en nueve Estados de Estados Unidos- ha generado mucha expectación y ha disparado las acciones en bolsa de los principales productores en los últimos dos años, pero también ha despertado el interés de los fabricantes de bebidas, conscientes de que sus consumidores quieren descubrir nuevos sabores y ellos aumentar su cuenta de resultados.

Coca-Cola está estudiando sus opciones para entrar en este mercado, Heineken, por medio de su filial californiana Lagunitas, comercializa ya una cerveza a la que ha llamado *Hi-Fi Hops*, que es más bien agua con gas lupulada, no alcohólica y que está elaborada con tetrahidrocannabidiol (THC), un principio psicoactivo de la marihuana. Pero el gran movimiento estratégico del verano ha sido el de Constellation Brands, que distribuye en Estados Unidos cervezas como *Corona* y *Modelo*, además de vinos y otras bebidas espirituosas. La compañía anunció que aumentará al 38 por ciento la participación que ya posee en Canopy Growth, el segundo mayor productor mundial de marihuana para fines médicos por capitalización bursátil, con una inversión de 4.000 millones de dólares.

"Su apuesta porque la legalización -del cannabis- cobrará impulso en el mundo, y especialmente en Estados Unidos", es lo que ha movido a Constellation a afianzar su presencia en Canopy, señalan desde Bloomberg. Aun así, Edward Mundy, analista de Jefferies, no espera que ahora las bebidas no alcohólicas, infusionadas con cannabis, se extiendan más allá de Canadá, dada la regulación actual. Conforme la marihuana ha ido saliendo del ostracismo y se ha hecho más presente en la sociedad por sus usos terapéuticos, son varios los índices bursátiles específicos que reúnen a las principales compañías del sector que cotizan en algunas de las mayores bolsas de valores del mundo, como Toronto o Nueva York.

Uno de esos índices es el *North American Medical Marijuana Index*, que gana en torno a un 27 por ciento en lo que va de año, y se revaloriza un 68 por ciento desde los mínimos anuales que registró a mediados de agosto. En el índice están reunidas algunas de las firmas de mayor tamaño en bolsa del sector, como las canadienses Canopy Growth (9.600 millones de euros), Aurora Cannabis (7.300 millones), GW Pharmaceuticals (4.200 millones) o Aphria (2.800 millones). Desde comienzos de 2017 algunas de estas compañías han reventado la bolsa con subidas superiores al 200 por cien más de un 500 por cien en el caso de Canopy Growth-. Solo este año, los títulos de Canopy se disparan casi un 115 por ciento y los de Aurora Cannabis, un 22,3

ISTOCK

por ciento, y ambos valores reciben una clara recomendación de compra del consenso del mercado que recoge FactSet, aunque seguimiento es bajo. ¿Estamos ante una burbuja? Ante los cambios legislativos en Estados Unidos y Canadá, las expectativas de productores e inversores pasan por que otros países despenalicen la marihuana y así se expanda el mercado.

No obstante, casos como el de Tilray, productor canadiense de cannabis para fines médicos, han levantado suspicacias. La firma empezó a cotizar en el Nasdaq el pasado 20 de julio y, desde entonces, su valor ha subido más de un 1.000 por ciento, desde los 17 dólares iniciales hasta los 141 a los que cotizaba el viernes. Su tamaño en bolsa supera los 11.000 millones de euros -es la más capitalizada-. "Estamos ante un mercado en plena ebullición que en los últimos meses ha descontado de una forma creo que exagerada un crecimiento futuro de beneficios en estas dos compañías -Canopy y Aurora- al calor de la legalización en algunos Estados americanos", sostiene el economista e investigador de la Universidad de Essex, Javier Santacruz.

"Me llama particularmente la atención Canopy Growth, que aun estando en pérdidas continuadas, quemar caja como si no hubiera un mañana -a lo Tesla- y con una estructura de financiación cuanto menos dudosa, sin embargo haya tenido la explosión que ha tenido -incluso considerando el efecto divisa del dólar canadiense-. Aurora Cannabis está más cara que Canopy, pero tiene unas cuentas un poco más saneadas", explica el experto, que añade: "Es una señal clara de que todo depende de que se siga legalizando el consumo en otras partes y tenga éxito rápido, cosa que veo bastante improbable".

Algunos rumores en el mercado apuntan que Coca-Cola estaría interesada en entrar en el capital de Aurora, firma que planea salir a bolsa en Estados Unidos en octubre, del mismo modo que Constellation aumentó su participación en Canopy. Aurora Cannabis llegó a perder más de un 30 por ciento este año, pero ha recobrado fuerza en el parqué. "Un negociador muy prolífico, Aurora le ha echado el guante a su rival MedReleaf, también productor de marihuana con licencia, por 3.200 millones de dólares y a Anandia Laboratories, en una operación por valor de 115 millones", según informa Etan Vlessing, del portal financiero estadounidense Benzinga.

En total, la compañía ha adquirido unas veinte empresas en los últimos dos años y parece que esta será la tendencia en el futuro próximo. "El mercado canadiense verá un aumento de la consolidación de la industria que llevará a menos jugadores, pero más grandes, mientras los productores pequeños y artesanos tendrán dificultades para permanecer en el juego", opina Mark Lakmaaker, vicepresidente de relaciones con los inversores en Aurora Cannabis, en declaraciones recogidas por Benzinga.

ISTOCK

30%

El índice del cannabis en Norteamérica gana cerca de este porcentaje este año

Dónde comprar en el mercado

Existe un fondo cotizado o ETF en Canadá y Estados Unidos que replica al *North American Medical Marijuana Index*. Lo han denominado Horizons Marijuana Life Sciencies y, en el caso del canadiense, lo hace ligeramente mejor que el índice al que replica. Entre sus mayores posiciones están Aurora Cannabis, Canopy Growth y GW Pharmaceuticals, que suman un 40 por ciento del total. Además de éste, coexisten el *Global Cannabis Stock Index*, operativo desde 2013, que incluye 52 valores y se revisa cada trimestre, y el más reciente *Green Market Report Index*, una lista de 30 valores que se seleccionan por criterios de capitalización bursátil y nivel de ingresos, y que también se revisa trimestralmente.

Horacio Foglia

Director médico
de Medical Hair España

Ponerse pelo está de moda, pero ¿en Turquía o en España?

Ponerse pelo está de moda. En Turquía y en España. Aunque las garantías no son las mismas. Tampoco son iguales los procedimientos a seguir para desarrollar el trasplante capilar. En definitiva, son abismales las diferencias que existen entre realizar dicha intervención en nuestro país o en el lugar que muchos consideran "el paraíso del cabello". Turquía es un reclamo para los que quieren recuperar el pelo y se dejan llevar por el bajo precio al que ofertan una operación quirúrgica además de alojamiento y transporte. Pero, ¿realmente merece la pena realizarse el injerto de pelo en Turquía? ¿Pondrías precio a tu salud? Quizás no resulta tan caro someterse a esta intervención en España si hablamos de garantías.

Puede que se obtengan buenos resultados en los dos sitios, pero, ¿qué pasaría si durante la corta estancia en Turquía la situación no es como se esperaba y se complica? Es una intervención ambulatoria, sí, pero no deja de ser una operación en la que se le suministra al paciente anestesia local para poder realizar el trasplante capilar.

Las diferencias comienzan con la primera consulta. Y es que, mientras que en España hay visitas previas a la clínica para que el doctor evalúe de primera mano cada caso particular, en Turquía se realiza el diagnóstico de forma previa a la intervención. El equipo médico solo ha podido conocer cuál es la situación del paciente mediante fotografías que no siempre muestran la calidad del cabello o el grosor de las unidades foliculares para, después, valorar si pueden ser trasplantadas. Habría que cuestionar si es la misma cantidad de unidades foliculares las que se trasplantan en Turquía y en España, donde se selecciona el mayor número posible para tratar el problema en una única intervención. De esta primera evaluación depende que se cumplan, desde un primer momento, los resultados esperados. Porque hay que tener en cuenta que cada paciente representa un caso particular que debe ser evaluado de forma individual.

El idioma es un punto importante a tener en cuenta. Los viajes sanitarios organizados para realizarse un trasplante capilar en Turquía prometen contar siempre con un traductor, pero la realidad puede ser bien distinta y que solo haya una persona que entienda el idioma a disposición de un número elevado de pacientes. Entenderse es básico para poder

Puede que se obtengan buenos resultados en los dos sitios, pero, ¿qué pasaría si durante la corta estancia en Turquía la situación no es como se esperaba y se complica? No deja de ser una operación en la que se le suministra al paciente anestesia local

transmitir las sensaciones personales al médico y saber que todo va bien, incluyendo que se vayan resolviendo dudas durante la intervención. El efecto de la anestesia puede pasarse al cabo de un periodo de tiempo o puede no ser suficiente, y ante este inconveniente, nos planteamos cómo transmitir al equipo que necesitamos una dosis mayor. Este es uno de los muchos inconvenientes que nos podemos encontrar en Turquía, pero no en España.

Aquí, en nuestro país, se lleva a cabo una intervención por día, realizada y guiada por un doctor acompañado de un equipo de enfermeros; no se llevan a cabo de forma simultánea. Una práctica que reduce, como es obvio, la capacidad del doctor de centrarse en un único paciente. Turquía ha convertido la forma en la que se entienden este tipo de operaciones estéticas y ha provocado que en este país se midan de forma cuantitativa cuando en España se realizan de forma cualitativa, anteponiendo la satisfacción del paciente, basada en las técnicas adecuadas y la seguridad sanitaria requerida.

Las clínicas españolas reúnen y garantizan las condiciones de sanidad necesarias para llevar a cabo un trasplante de pelo, con un equipo de profesionales cualificados y con experiencia para realizarlo. El acompañamiento del paciente a lo largo de todo el tratamiento es una de las señas de identidad de los trasplantes capilares que se llevan a cabo en España. Es el mismo doctor el que detecta el grado de alopecia o el problema capilar que sufre el paciente y el que realiza el diagnóstico más adecuado a su caso personal. Además, lleva a cabo un seguimiento posterior personalizado y mensual en el que el doctor valorará los resultados y la evolución.

Porque más allá de comprobar si el cabello crece, el médico que ha realizado el procedimiento siempre estará a disposición del paciente ya que es aconsejable supervisar que el tratamiento no ha ocasionado ningún problema derivado. Los primeros días tras el injerto capilar en los que los cuidados y las precauciones son mayores, el paciente que se ha realizado el trasplante capilar en España puede acudir a la clínica para que los profesionales médicos le laven la cabeza y le enseñen a hacerlo con el cuidado que la intervención requiere. Está comprobado que la preocupación por realizar los cuidados de forma correcta aumenta durante los primeros días, cuando cada gesto es estudiado con cuidado para evitar movimientos que dañen la zona receptora.

¿Pondrías en riesgo tu salud por ahorrar dinero? Es en este punto en el que nos planteamos si es tan caro como se dice y como se trata de hacer creer. Si relacionamos la calidad y el precio, descubrimos que el coste del microinjerto capilar se ajusta a las garantías necesarias para llevarlo a cabo. Tener cerca al médico es fundamental para una mayor seguridad y tranquilidad del paciente.

Turquía se ha convertido en destino de turismo sanitario, pero ¿merece la pena irse tan lejos cuando en nuestro país, a escasos kilómetros de tu lugar de residencia, realizan el injerto capilar con todas las garantías?

Horacio Foglia

Director médico
de Medical Hair España

Aquí, en nuestro país, se lleva a cabo una intervención por día, realizada y guiada por un doctor, acompañado de un equipo de enfermeros; no se llevan a cabo de forma simultánea. Una práctica que reduce la capacidad del doctor

LOS 20 CASOS DE ÉXITO DE LA BIOTECNOLOGÍA ESPAÑOLA

Asebio presenta a los inversores internacionales en BioSpain 18 una lista con los casos de éxito más consolidados que muestra la pujanza del sector nacional a través de los hitos protagonizados por sus principales emprendedores

JUAN MARQUÉS

Resistencia a los retos y fracasos", "sacrificio y esfuerzo", "riesgo e incertidumbre", "realismo", "credibilidad" y, sobre todo, "equipo" y "financiación". Son algunos de los consejos destacados por los empresarios de éxito en la biotecnología en España que la patronal Asebio ha seleccionado en un informe que recoge sus experiencias, modelos de negocio, estrategia de financiación o visión de futuro y que pretende ser la carta de presentación internacional de un sector que se ve ya maduro.

La obra, presentada a los inversores en el encuentro Biospain 2018 que se celebró la semana pasada en Sevilla, se titula *Spanish Biotech Industry: Main Success Stories* y está elaborada por Genesis Biomed, en colaboración con la Asociación Española de Bioempresas y el apoyo del ICEX España Exportación e Inversiones y la Unión Europea.

El informe recoge 20 casos de éxito de la biotecnología marca España de los últimos diez años que un jurado de diez expertos del sector ha escogido entre medio centenar de experiencias puntuando una serie de criterios: actividad principal de la compañía y sus principales hitos en cuanto a rondas

El evento Biospain se celebró la semana pasada en Sevilla. EE

La presidenta de Andalucía, Susana Díaz, junto a Jordi Martí y Ion Arocena, de Asebio. EE

Mesa de presentación del Congreso Biospain en Sevilla. EE

Philippe Monteyne, socio del fondo de inversión belga FUND+. EE

de financiación, licencias, adquisiciones, incremento de facturación o salida a Bolsa, entre otros.

La lista de éxitos cuenta con una amplia presencia de bioempresas de salud fundadas en Cataluña e incluye *startups* como Ability Pharmaceuticals, Anaconda Biomed o Minoryx Therapeutics, además de otras compañías más o menos consolidadas como AELIX Therapeutics, Alcaliber, Biopolis, MedLumics, Mosaic Biomedicals, Oryzon Genomics, Palobiofarma, Peptomyc, Plant Response, Progenika, Sanifit, STAT-Diagnostica, TiGenix y 3P Biopharma o multinacionales de amplia trayectoria como Grifols, Pharmamar y Reig Jofre.

Acceso a la financiación

El salto dado por este sector emergente en España en la última década es importante, si bien no responde al potencial científico e investigador de la biotecnología nacional. El principal obstáculo para no sumar más casos de éxito ha sido de falta de acceso a la financiación. El director general de Asebio, Ion Arocena, explicó durante la presentación a los medios de comunicación que los instrumentos de financiación pública en España son "limitantes y no se adecúan a las necesidades de compañías en muchos casos pequeñas".

A diferencia del apoyo que reciben en otros países europeos a través de subvenciones, las empresas del sector han tenido que endeudarse en exceso al recurrir a los préstamos públicos concedidos según estrictos criterios de solvencia y ofreciendo garantías como aval. Estas condiciones han frenado en muchos casos el desarrollo empresarial de muchas *startups*, según reconocen en la patronal.

27

Son las ampliaciones de capital registradas por el sector por un valor de 93,7 millones

149

Las biotecnológicas lograron levantar 149 millones en 2017, un 17% más que en 2016

Dinamismo inversor

A pesar del escaso apoyo público, algunas compañías sí se han abierto camino y desde 2014 se ha producido una evolución "sin precedentes" del sector, según destaca el informe. Las compañías lograron así levantar 149 millones de euros el año pasado, sin tener en cuenta el valor de las adquisiciones de Biofabri y la compra de Biópolis al no hacerse público, precisan. En cualquier caso, esta cifra representa un crecimiento del 17 por ciento respecto a lo registrado en 2016.

Entre las operaciones financieras destacan 27 ampliaciones de capital privado, valoradas en 93,7 millones de euros, con una cantidad media de 3,4 millones de euros. Las más importantes corrieron a cargo de MedLumics, por 34,4 millones de euros, y Anaconda Biomed, de 15 millones, que contaron con participación internacional. Otras seis ampliaciones de capital se ejecutaron a través de la emisión de acciones por 41 millones de euros. Oryzon, Atrys Health, Sygnis, Reig Jofré e Inkemia estuvieron detrás de estos movimientos, además de 31 operaciones de financiación complementaria o préstamos participativos por valor de 10,8 millones de euros, así como diversas operaciones en el ámbito del crowfunding y ocho acuerdos de licencia cerrados en 2017.

Especialmente significativa fue la actividad del capital riesgo, con 30 millones de euros desembolsados y 46 millones comprometidos por

compañías como Ysios Capital Partners, Caixa Capital Risc, CRB, Inveready, Clave Mayor, IUCT Emprén, entre otras.

La pujanza del sector en los últimos años se advierte en las operaciones de fusión y compra registradas entre 2017 y 2018. La biofarmacéutica Biofabri adquirió el cien por cien de Probiosearch y el 80 por ciento de Biolactis el año pasado. Inkemia también se hizo con el control de Otec Riera y Laboratorio Micro-Bios, entre otros movimientos destacados. Una de las últimas operaciones de envergadura ha sido la compra de TiGenix por la multinacional japonesa Takeda el pasado mes de julio por un valor de 520 millones de euros, sin contar con las compras protagonizadas por Grifols y Almirall.

Prueba de madurez

Para Josep Lluis Falcó, director general de Genesis Biomed, los ejemplos de éxito recogidos en el informe son una muestra de la capacidad de las compañías para empezar, desarrollar y terminar un proyecto empresarial. En su opinión es un indicador de madurez de un sector que invirtió 617 millones de euros en I+D interno en 2016 y que lanzó al mercado un centenar de productos y servicios en 2017, además de publicar 856 patentes.

Prueba de la pujanza y competitividad de las empresas españolas es que en el Programa europeo Horizonte 2020 obtuvieron ayudas por valor de 2.816 millones de euros entre 2014 y 2017, situando a España en cuarto lugar europeo, solo por detrás de Alemania, Reino Unido y Francia.

Al final, esta evolución se resume en un impacto cada vez más elevado en la economía española. Asebio calcula que las compañías que se dedican como actividad principal a la biotecnología aportan 7.300 millones de euros al PIB y generaron 108.000 trabajos en 2016, aportando unos ingresos fiscales de 2.600 millones de euros.

Para relanzar la actividad de las compañías del sector, que elevaron su gasto en I+D hasta su máximo histórico de 402 millones de euros en 2016, un 2,4 por ciento más que el año anterior, Asebio insiste en demandar un mayor compromiso púbico con la inversión en I+D, así como un marco competitivo de incentivos y deducciones fiscales para mantener el esfuerzo de los operadores privados. La patronal ha puesto encima de la mesa medidas concretas que deberá valorar Hacienda, como el aumento de las subvenciones y tramos no reembolsables, frente a los préstamos que atan de pies y manos a las compañías, sobre todo a las que no arrojan beneficios. Asimismo resulta necesario, a juicio de la asociación, incrementar la ejecución de los presupuestos públicos destinados a I+D.

Respaldo del inversor internacional

La biotecnología española es una realidad que está marcando hitos importantes en la investigación, sobre todo en salud. Los ejemplos son numerosos. Biópolis, fundada en 2003 en Valencia por Daniel Ramón Vidal, facturó 6,5 millones de euros el año pasado en una trayectoria dentro del área de microbiología que ha sido de crecimiento constante. El 90 por ciento de sus acciones fue adquirido por Giant Archer Daniels Midland por una cifra que no se hizo pública.

Otro caso puntero es MedLumics. Empezó su actividad dentro de los equipos médicos en 2011 desarrollando tecnología para el diagnóstico por imagen y ha levantado 37,9 millones de euros de financiación para seguir con su investigación. Entre sus inversores están Andera

Marc Martinell, director de Minoryx . EE

Sede de Biópolis, fundada en 2003 en Valencia. EE

Carlos Buesa, fundador de Oryzon. EE

Partners, Seroba Life Sciences, Innogest, YSIOS Capital, Caixa Capital Risc y Edmond de Rothschild IP.

Anaconda Biomed también ha dado un salto cualitativo al cerrar una ronda de financiación de 15 millones de euros el año pasado. Fundada en 2015 en Sant Cugat del Vallés por Ofir Arad y Marc Ribó, está centrada en el desarrollo de catéteres para tratar el accidente cerebrovascular isquémico. Está apoyada por Isios Capital, Innogest Capital, Omega Funds y Banco Sabadell.

Oryzon es otro de los modelos de éxito más consolidados del panorama español. Con sede en Madrid, es líder en el desarrollo de terapias epigenéticas. Tiene dos moléculas en desarrollo en distintas fases clínicas. En el primer semestre de 2018 presentó unos ingresos de 557.529 euros y llevaba invertidos 3,7 millones de euros. Desde septiembre de 2017 cotiza en la Bolsa española.

Minoryx Therapeutics también ha sido un protagonista destacado en el sector al cerrar una ronda de financiación de serie B de 21,3 millones de euros. Se trata de la operación de mayor importe del sector biomédico en España este año. Especializada en el desarrollo de terapias para enfermedades raras neuroinflamatorias y neurodegenerativas, la ronda ha estado liderada por el fondo belga Fund +, con la participación de las también sociedades belgas SRIW, SPFI-PFIM y Sambrinvest, además de Ysios Capital, Kurma Partners, Roche Venture Fund, Idinvest Partners, Chiesi Ventures, Caixa Capital Risc y Healthequity. Desde su fundación en 2011 en Mataró, la empresa dirigida por Marc Martinell ha logrado una inversión total de 50 millones de euros y ahora busca su salida a Bolsa. Otra empresa que está abriéndo paso es AbilityPharma. Acaba de lanzar una ronda de inversión de un millón de euros a través de la plataforma de *crowdfunding* Capital Cell para desarrollar ABTL0812, un fármaco que induce la autofagia de las células cancerosas. Estudia también su salida a Bolsa.

Eduardo Margallo, de Medlumics. EE

DISFRUTE DE LAS REVISTAS DIGITALES

de elEconomista.es

Factoría & Tecnología Digital 4.0 elEconomista

Transporte y Movilidad elEconomista

Inversión a fondo elEconomista

Pensiones elEconomista

Seguros elEconomista

Agua y medio ambiente elEconomista

Sanidad elEconomista

País Vasco elEconomista

Andalucía elEconomista

Energía elEconomista

Agro elEconomista

Pymes Autónomos y emprendedores elEconomista

Valenciana Comunitat elEconomista

Inmobiliaria elEconomista

Franquicias elEconomista

Iuris&lex elEconomista

Buen Gobierno y RSC elEconomista

Catalunya elEconomista

Alimentación y gran consumo elEconomista

Disponibles en todos los dispositivos electrónicos

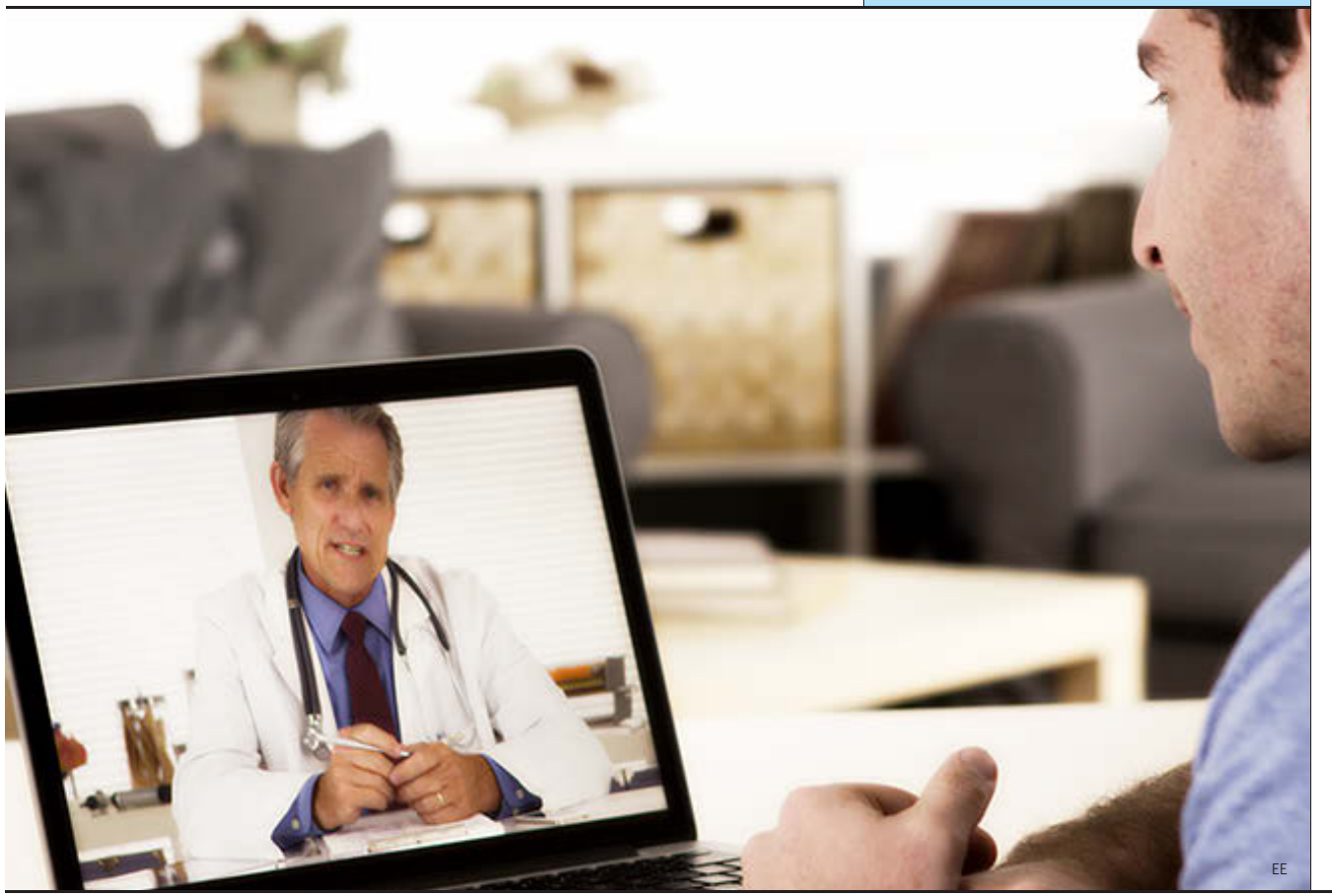
Acceso libre descargándolas en:

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

Clément Destoumieux

Fundador y consejero delegado de la plataforma Medmesafe

La 'startup' de 'eSalud' es una plataforma de medicina predictiva que cuenta con más de 100 médicos a disposición del usuario y ha sido elegida entre las 100 finalistas que participarán en el 'South Summit 2018'.



EE

EL ECONOMISTA

La compañía española Medmesafe es la primera plataforma *online* que conecta usuarios, expertos profesionales de la salud y laboratorios de análisis genéticos, integrando los servicios más punteros de medicina predictiva. *Medmesafe.com* ofrece dos tipos de servicios. Por un lado, ofrece la posibilidad de realizar una videoconsulta de asesoramiento genético con un facultativo. El usuario podrá resolver todas sus dudas sobre genética, mientras el profesional recopila sus antecedentes personales y familiares. Por último, en aquellos casos que sea aconsejable, el profesional le explicará qué análisis genéticos son los más adecuados para sus antecedentes. Además, la plataforma ofrece análisis genéticos con asesoramiento médico. Si tiene antecedentes familiares y/o personales de enfermedades, puede registrarse directamente en la plataforma para obtener el análisis adecuado dentro de las áreas de Oncología, Cardiología, Neurología, Reumatología y Nutrición e Intolerancias. Tras registrarse y después de que un facultativo le prescriba un servicio genético, el usuario recibe un *kit* de toma de muestra que, una vez obtenida, recoge un mensajero. Una vez recibida la muestra por parte de los laboratorios, se realiza el análisis de la misma y se redacta un informe de resultados, que se subirá a la plataforma y explicará con total privacidad por parte del profesional a través de videoconsulta. "Gracias al análisis de nuestros genes, prevenimos enfermedades y mejoramos la calidad de vida. Realizamos muchos esfuerzos en facilitar, simplificar y vulgarizar los intercambios entre la gente, los médicos y los laboratorios, para que todo el mundo hable el mismo idioma", ha afirmado Clément Destoumieux, CEO y fundador de Medmesafe. La compañía está abalada por un Comité Científico y de Ética, compuesto por expertos de prestigio internacional en las ciencias fundamentales y la medicina. Además, cuenta con el respaldo de Asebio (Asociación Española de Bioempresas) y de la Fundación del Parque Científico de Madrid.

MEDMESAFE, LA PLATAFORMA ESPAÑOLA 'ONLINE' DE MEDICINA QUE OFRECE CONSEJO GENÉTICO