

Revista mensual | 3 de septiembre de 2020 | N°109

# Sanidad

elEconomista.es



REPORTAJE  
**EL 97% DE CENTROS  
PRIVADOS CUMPLE  
EL PROTOCOLO DE  
CIRUGÍA SEGURA**

## **LA LLEGADA DE LA VACUNA SOLVENTARÁ LOS ERRORES DE GESTIÓN DE LA PANDEMIA**

Pfizer marca octubre para la llegada de las dosis y AstraZeneca señala noviembre



**Análisis | P8**

## El 'sprint' final por la vacuna mejora un oscuro horizonte en España

Las medidas de prevención frente a la pandemia llegaron tarde y ahora se aguarda con esperanza la llegada de una vacuna que mejore la evolución del coronavirus.



**Entrevista | P28**

## Stefanie Granado, directora general de Takeda Iberia

La máxima responsable de la compañía japonesa en España analiza la evolución de la farmacéutica para el presente 2020.



**Entrevista | P14**

## Félix Lobo

El presidente del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Ministerio de Sanidad analiza las claves de los sistemas de fijación de precio en España.

**Asistencia | P18**

## El 97% de los centros privados cumple el protocolo de cirugía segura

En España es seguro continuar con la labor asistencia que muchos españoles han visto como se retrasaba a causa de la pandemia.



**Política | P34**

## La formación médica ya no tendrá la ayuda del sector privado

El Congreso de los Diputados toma una decisión por sorpresa que tendrá un gran impacto en la evolución de la formación de profesional.

**Abordaje terapéutico | P24**

## Objetivo: eliminar la hepatitis C a nivel mundial

Cinco años después de que se produjera la revolución terapéutica frente a esta enfermedad, aún siguen quedando retos para erradicarla del planeta.

**Edita:** Editorial Ecoprensa S.A.

**Presidente:** Francisco Torres **Vicepresidente:** Raúl Beyruti Sánchez

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

**Director de elEconomista:** Amador G. Ayora

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

**Diseño:** Pedro Vicente y Elena Herrera **Fotografía:** Pepo García **Infografía:** Clemente Ortega **Redacción:** Belén Diego



***En Roche pensamos que el mejor  
tratamiento para todos es  
un tratamiento para cada uno.***

En Roche trabajamos cada día para desarrollar un nuevo modelo de medicina: la medicina personalizada de precisión. Nuestro objetivo es encontrar para cada paciente el tratamiento adecuado en el momento adecuado. Una perfecta combinación de diagnóstico, fármacos y conocimiento. Y esto nos hace estar muy orgullosos.





## La segunda oleada llegó tres meses antes de lo que esperaba Sanidad

Octubre. Esa era la fecha que manejaba en junio Sanidad para una eventual segunda oleada del coronavirus. Todos los planes de los que disponían barajaban esa fecha para tener todo listo. Sin embargo, el virus no dio la tregua que se pensaba y en julio comenzó a asomar para cogernos en agosto menos preparados de lo que necesitábamos. Hay varios ejemplos de que la estrategia del Gobierno miraba a otoño, tanto medidas preventivas como de acopio de material. Y hoy, volvemos a tener 10.000 contagiados diarios con la única suerte nuestro favor de que, por el momento, el sistema hospitalario aún tiene margen de maniobra.

Cuando en julio comenzaron a sonar las alarmas se evidenció el pobre refuerzo que las comunidades autónomas habían hecho de sus sistemas de salud pública, sobre todo en lo relativo a la prevención. Los rastreadores, en muchos de los territorios, brillaban por su ausencia y de ahí los resultados. Cataluña y Aragón

fueron las primeras afectadas y entonces fue cuando se comprobó el débil ejército de profesionales de rastreo que habían construido. Tampoco el Gobierno central estuvo en aquel momento. La aplicación *RadarCovid* estaba pensada para estar activa el 15 de septiembre porque se pensaba que el virus volvería en octubre con fuerza. Ahora, aunque nunca está demás una herramienta de este tipo, con una transmisión comunitaria y muchos contagios de los que no se sabe su origen, la *app* pierde la oportunidad de su *leit motiv*: la anticipación.

También se puede comprobar la tardanza en las fechas que se han manejado para la gran compra centralizada de material sanitario para una segunda oleada. Hasta finales de julio o principios de agosto no se publicaron los pliegos, que para más *inri* tuvieron que rehacer por quejas tanto de algunas comunidades como de empresas españolas de tamaño medio y pequeño. Las adjudicaciones no se producirán hasta septiembre y el material llegará en octubre. Esa compra debió lanzarse cuando acabó el estado de alarma.

La atención primaria está evitando que la situación se parezca a marzo. Su ingente labor en tareas de detección y realización de PCR ha podido contener gran parte del impacto. Pero los médicos ya están exhaustos. Además, en algunas comunidades autónomas ya hablan de falta de medios humanos en los laboratorios -un cuello de botella que ya existía en mayo- para agilizar los resultados e incluso de falta de reactivos para poder sintetizar varias pruebas al unísono. No hay una situación generalizada pero sí ocurre en las zonas donde el virus golpea con más fuerza. Y esto es una evidencia de que los sistemas sanitarios funcionan mientras que no exista una presión que está a las puertas.

La única buena noticia es que de momento la presión de la pandemia no ha llegado al nivel hospitalario

### EL ILUMINADO



**Ursula Von der Leyen**  
Presidenta de la Comisión Europea

La intensa labor que ha realizado la Comisión Europea durante el periodo estival permite que ya haya varios acuerdos para obtener dosis de las posibles vacunas. La de AstraZeneca ya está cerrada y habrá unos 300 millones de viales.

### EL APAGÓN



**Salvador Illa**  
Ministro de Sanidad

Las mayoría de las compras realizadas por la vía de urgencia por el Ministerio de Sanidad entre marzo y abril siguen sin llegar a España. Solo se dispone del 20% del total de los equipos de protección que se adquirieron entonces.

**Protegerte,  
el primer paso  
para cuidarte**  
**#HospitalProtegido**

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

**Applus<sup>®</sup>**

**AENOR**

PROTOCOLO  
FRENTE AL COVID-19

# Un mes en imágenes

elEconomista. Fotos: iStock, Europa Press y eE



## La Comisión Europea compra vacunas

Europa ya ha comprado 300 millones de dosis de una de las vacunas y se ha asegurado el acceso a otros cuatro proyectos gracias a los esfuerzos negociadores llevados entre julio y agosto.



## Fernando Simón reconoce que la situación es mala

A mediados del mes pasado, los datos diarios y el incremento de la curva epidemiológica hicieron que el director del Centro de Emergencias diera la voz de alarma: "No nos engañemos; las cosas no van bien", dijo en rueda de prensa.



## Janssen ensayará la vacuna en España

La Fase 2 del proyecto de vacuna de la compañía se realizará en tres hospitales españoles. Los ensayos clínicos tratarán de demostrar cuál es la cantidad exacta de antígeno que debe llevar una dosis para una correcta inmunidad.



## La receta electrónica se acerca a ISFAS

El presidente de los Farmacéuticos suscribe un acuerdo con la mutua de las fuerzas armadas.



## La deuda de tecnología se sitúa en 921 millones

Las comunidades rebajan la cantidad pero sigue siendo muy alta con los equipos médicos.



## Manifestación negacionista

En agosto se produjo una manifestación que ha podido elevar el riesgo de contagios en Madrid.

Novartis España



# Reimaginando la medicina

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

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

 **NOVARTIS**

# El 'sprint' final por la vacuna ilumina un horizonte oscuro por la gestión

La industria marcó a principios de año unos tiempos para la vacuna que cumplen o incluso mejoran, mientras que las administraciones yerran en sus previsiones de la llegada de la segunda oleada que se extiende de nuevo por España, burlando las escasas medidas de prevención adoptadas en junio

elEconomista. Fotos: iStock



Científicos investigando en el laboratorio.

El calendario teórico que el Gobierno y las comunidades autónomas manejaban en junio para la vuelta del coronavirus ha fallado. Todos los planes que se debían adoptar se fueron llevando a cabo con lentitud, pensando que el virus, de volver, lo haría en otoño. Ahora la situación es mala, con 10.000 casos diarios aunque con una presión hospitalaria menor debido, eso sí, a que se realizan muchos más test que en marzo y abril. Pero hay un calendario que cumple con las expectativas y al que muchos ya se agarran como única solución para salir de una pandemia que se aferra con fuerza. La carrera por la vacuna la componen 33 proyectos en fases clínicas, de los cuáles siete se encuentran en la fase final. Las primeras dosis llegarán a finales de 2020 y comienzo de 2021, por lo que el próximo año habrá un horizonte más claro proporcionado por la ciencia y la iniciativa privada.

Mientras, España perdió más de dos meses en reforzar sus sistemas de salud pública con la contratación de nuevos profesionales, tanto médicos de atención primaria como rastreadores de contagios. La prueba es que la semana pasada varias comunidades echaban mano del salvavidas del Ministerio de Defensa con la puesta a disposición de 2.000 militares para estas tareas. Es cierto que la labor de formar a un rastreador no se consigue de la noche a la mañana, como aseguran fuentes autonómicas, pero también lo es que no pensaban necesitarlos, al menos con la presión actual, hasta octubre.

En esos dos meses y medio, sin embargo, las compañías que investigan han dado pasos de gigantes. Pfizer señala el mes de octubre como la fecha de aprobación de su vacuna. AstraZeneca, a la que Europa le ha reservado más de 300 millones de dosis (unos 30 millones irán a España) espera concluir sus ensayos en noviembre. Moderna, que también tiene un preacuerdo con la Unión Europea y cuyo suministro estará reforzado por el envasado que realizará la española Rovi, se espera para diciembre. A estos proyectos hay que sumarle los dos que se llevan a cabo en China. Uno de ellos, el de biofarmacéutica Sinovac, tendría ya la aprobación para uso de emergencia del país asiático, según informaba Reuters el pasado 29 de agosto.



Una Unidad de Cuidados Intensivos.

Esta presteza contrasta con el papel de la gestión sanitaria en España. Mientras la industria corría, el Ministerio de Sanidad aún tiene en pañales la compra centralizada de 2.500 millones de euros para adquirir el material sanitario necesario para el coronavirus. Las licitaciones comenzarán en septiembre porque no se esperaba una presión de la pandemia hasta otoño. También la Agencia del Medicamento, cuando Gilead anunció que vendía prácticamente todo su *stock* (hasta septiembre) de Remdesivir a Estados Unidos aseguraba que en España había suficiente... Hasta unas semanas después, cuando aseguró que había desabastecimiento del único medicamento hasta la fecha indicado para el Covid-19.

Otras compañías como la alianza GSK-Sanofi y Janssen, siguen avanzando en su tarea de conseguir la vacuna. Los primeros siempre aseguraron que su antígeno estaría en el primer semestre de 2021 y están cumpliendo el calendario. Los segundos, que ya producen a riesgo, comienzan la fase 2 en España, Bélgica y Alemania y casi simultanearán con la Fase 3. Su objetivo sigue siendo el mismo que en abril: inicios de 2021. Con estos dos antígenos, el mundo dispondrá de cinco vacunas de las principales compañías farmacéuticas en un periodo de entre 12 y 18 meses desde la aparición del coronavirus, todo un hito científico.

Existen dudas entre los epidemiólogos sobre la duración de esta segunda ola. La primera razón es por-

que se tratará de huir a toda costa de un confinamiento generalizado, una herramienta que sanitariamente funciona pero que económicamente destruye a un país. Es posible que no llegue a ser tan intensa como en marzo, pero sí más duradera.

El problema seguirá siendo, por tanto, la conjunción del coronavirus con la gripe. Para ello, España sí que se ha preparado, ya que la gripe no se adelantará a verano. Existen dosis suficientes (tanto las compra-

# 300

Estos son los millones de dosis que la Unión Europea se ha asegurado de AstraZeneca

das mediante un proceso centralizado como una compra extra por el procedimiento de urgencia que realizó el Ministerio de Sanidad en junio) para alcanzar los ratios mínimos exigidos por la OMS y que nunca se han cumplido: 75% en personal sanitario y mayores de 65 años, y un 60% en personas con patologías que empeoren el diagnóstico de una afección respiratoria. La campaña de vacunación, que siempre se ha situado entre la tercera semana de octubre y principios de noviembre, se adelantará a principios del décimo mes con el objetivo de ir escalonando las vacunaciones y tener margen para llegar a los porcentajes deseados.

Sanofi y Sequirus han sido las compañías seleccionadas para surtir de vacunas a España. Las dosis estarán y en lo que no se puede fallar es en la campaña de sensibilización necesaria para que se alcancen esos ratios. El objetivo es que este año la gripe circule por España lo menos posible.

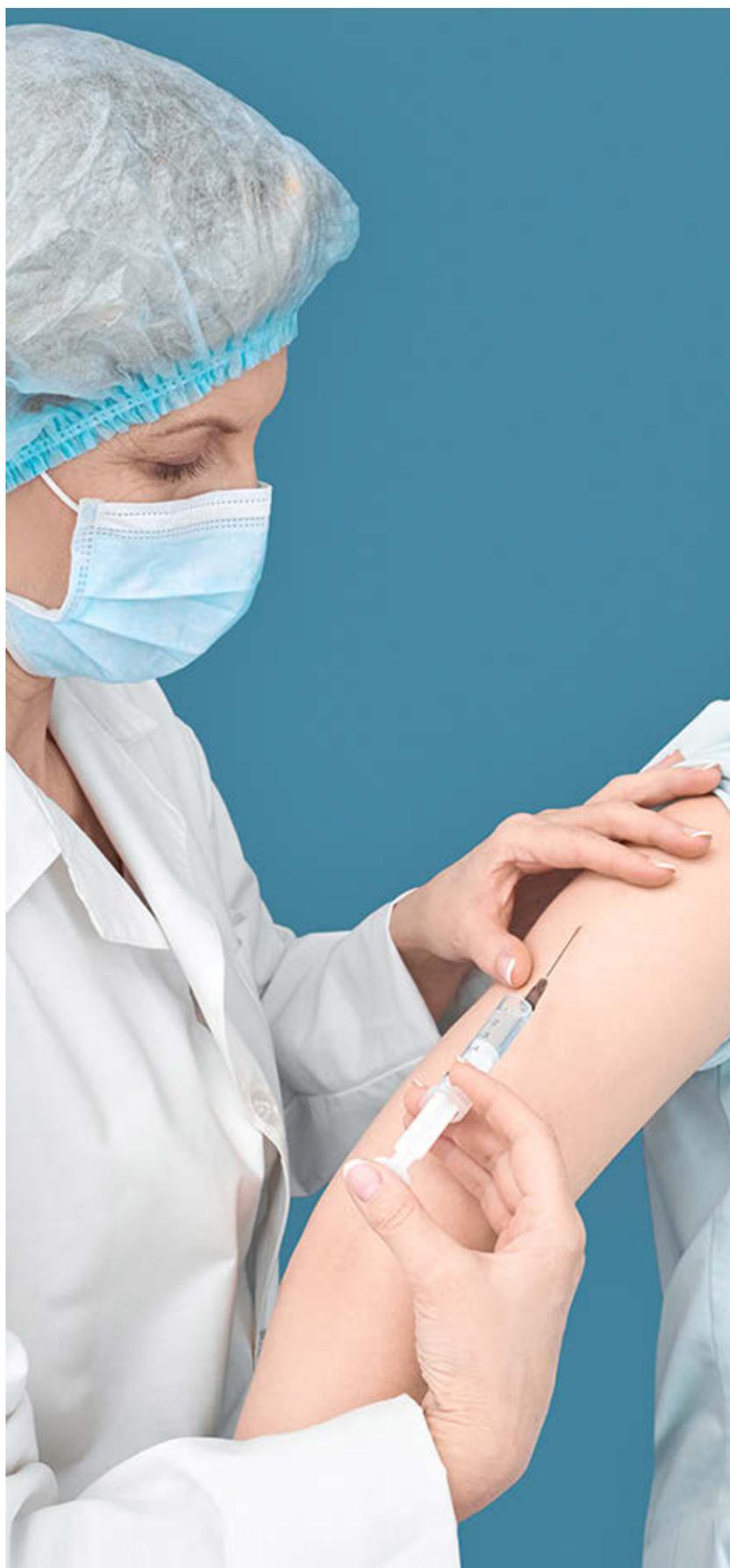
Otro de los retrasos que se están produciendo en España y que está directamente vinculado con las vacunas es la homologación de las plantas de inyectables para animales que existen en nuestro país. A cierre de esta edición aún no hay nada confirmado, aunque hay dos proyectos que están más avanzados. Uno es el de la compañía Algenex, que trabaja en una vacuna contra el coronavirus y que está a expensas de firmar un acuerdo con una compañía farmacéutica española para que culmine el proceso de fabricación. La otra es CZVaccines, perteneciente al grupo gallego Zenda y que ya ha fabricado la vacuna pública española para los ensayos preclínicos (en animales) del inyectable La Agencia Española del Medicamento, dependiente del Ministerio de Sanidad, afirma respecto de Algenex que "la empresa no ha presentado aún la solicitud para su supervisión. Esta solicitud será atendida de la manera más ágil para evitar retrasos en el inicio de la fabricación".

### Las plantas veterinarias españolas aún esperan su homologación

La vacunación es la táctica más adecuada para vencer a una enfermedad. Sin embargo, frente a una pandemia se deben tener a mano las máximas herramientas posibles para tratar de aplacar a la enfermedad porque, a pesar de la vacunación, seguirán cayendo personas enfermas. En este campo, además del Remdesivir, destacan un anticuerpo monoclonal que investiga Novartis y que se utilizaría para los pacientes de UCI. También destaca en los últimos tiempos un proyecto que lidera Roche junto a la compañía estadounidense Regeneron. Una de las aplicaciones más prácticas para este medicamento es su carácter profiláctico, es decir, podría servir como escudo para personas que estén muy expuestas a la pandemia, como los profesionales sanitarios.

### Estudios prometedores

La ciencia también avanza y ha descubierto cómo algunos medicamentos que se utilizan hace muchos años para otras terapias pueden tener su función contra el virus. Entre ellas destacan la dexasometasona y algunos anticoagulantes. De los primeros hay estudios que aseveran que reducen un tercio las muertes por coronavirus. Los segundos amplían este porcentaje hasta el 50%.



Un médico vacuna a un paciente.

La imagen mostrada contiene modelos y se utiliza exclusivamente para fines ilustrativos. Janssen-Cilag, S.A. © JC 2020



14/03/2020 - Mayo 2020

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

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

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF  
**Johnson & Johnson**

**Néboa Zozaya**

Health Economics Manager en Weber

## Claves para un modelo ideal y sostenible de compra de vacunas en España

**A**ctualmente, la sociedad está muy concienciada sobre la importancia de encontrar cuanto antes una vacuna contra el Covid-19, dada la envergadura de la pandemia que estamos viviendo. En pocos meses se han puesto en marcha más de 200 ensayos clínicos, y se han flexibilizado de una manera sin precedentes los procesos de investigación y comercialización. Sin embargo, la sociedad no está tan informada y preocupada sobre otras vacunas que ya existen y que se vienen aplicando regularmente para prevenir distintas enfermedades.

Conviene recordar que, en general, las vacunas son unas de las intervenciones de salud pública más coste-efectivas que existen. No solo evitan cada año miles de muertes y hospitalizaciones en todo el mundo, sino que también repercuten en unos sustanciales ahorros netos de costes para el sistema sanitario. Se estima que, en España, por cada euro invertido en vacunación infantil se ahorran hasta 22 euros adicionales en gastos directos e indirectos.

Por lo tanto, la vacunación es una intervención deseable tanto desde el punto de vista de la salud como del de la eficiencia económica. Conscientes de ello, las administraciones dedican continuos y crecientes esfuerzos a optimizar su inversión. Durante la última década, se pusieron en marcha en España modelos destinados a cohesionar el sistema, reducir los tiempos de tramitación y contener el gasto en vacunas. De hecho, solo en la última campaña de la gripe, el Acuerdo Marco de compra pública de la vacuna antigripal ha permitido al sistema ahorrar más de 4 millones de euros.

En la otra cara de la moneda, un mal diseño de estos modelos de compra pública de vacunas puede conllevar riesgos en términos de capacidad de suministro, sostenibilidad financiera del sistema y disponibilidad futura de nuevas vacunas. En este sentido, resulta clave analizar cómo se conforman actualmente los modelos de compra pública de vacunas en España, cuales pueden ser sus consecuencias y qué puntos sería deseable mejorar en su diseño de cara al futuro. Desde Weber, consultora especializada en economía de la salud y farmacoeconomía, hemos realizado un potente ejercicio en esta línea, con el objetivo de avanzar en



el desarrollo de un acuerdo marco ideal y sostenible de compra pública de vacunas en España. En concreto, en este proyecto revisamos bajo qué criterios se adquirieron las vacunas de calendario y las vacunas de la gripe del acuerdo marco vigente, comparándolo con la situación que sería ideal en términos de sostenibilidad.

La situación "ideal" fue definida por un comité multidisciplinar de siete expertos en vacunas, a través de un análisis de decisión multi-criterio (ADMC) parcial donde se determinaron qué criterios de adjudicación, y con qué peso específico, deberían considerarse idealmente en el acuerdo, teniendo en cuenta al mismo tiempo su viabilidad jurídica. El ADMC es una herramienta de ayuda a la toma de decisiones que viene a complementar a la evaluación económica, considerando de manera explícita un rango más extenso de atributos de valor, en este caso centrados en el valor de la inmunización. Este ha sido el primer ADMC realizado hasta la fecha en el ámbito de las vacunas que se ha centrado en los criterios de adjudicación que idealmente deben regir la selección del adjudicatario en la compra pública.

En base a los resultados que presentemos en el recientemente celebrado III Foro de Salud Pública y Vacunas, con el aval de la Asociación Española de Vacunología (AEV) y la colaboración de Sanofi Pasteur, en un acuerdo marco ideal y sostenible de compra pública de vacunas, los criterios técnicos de adjudicación deberían primar sobre los económicos, al contrario de lo que ocurre actualmente. El actual sistema estaría primando en exceso los aspectos económicos de la vacuna sobre los aspectos técnicos, tales como la efectividad, el impacto en la población o la persistencia de la inmunogenicidad, entre otros muchos. Por ejemplo, en vacunas de calendario, el peso promedio que se da actualmente al precio es del 68% de la decisión final, cuando, según los expertos, debería ser de solo el 22%.

Más allá de la importancia de cada criterio, los expertos también abogaron por ampliar el espectro de criterios de adjudicación a considerar en el acuerdo, especialmente en lo referente a la vacuna de la gripe. Asimismo, los expertos alertaron de que los criterios de adjudicación no deberían solaparse con las especificaciones técnicas y requisitos mínimos recogidos en el pliego de prescripciones técnicas. Este es el caso de criterios como el mantenimiento de la cadena de frío, el compromiso de abastecimiento o el plan de suministro a los puntos de vacunación.

Otro aspecto relevante a considerar es la ambigüedad en las definiciones de los criterios de adjudicación, que puede estar generando discrepancias en la interpretación de los mismos, por lo que se hace necesario contar con definiciones más precisas de los distintos elementos de valoración. Para evitar que sean recurridos judicialmente, los criterios deben además estar muy bien delimitados y baremados, y deben estar claramente vinculados con el objeto del contrato.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que la misión de las vacunas no es ahorrar, sino buscar la mejor asistencia sanitaria pública, convendría dotar al acuerdo marco de una mayor flexibilidad para poder incorporar la innovación, con el fin de avanzar hacia la contratación de servicios y no solo de suministros. La Ley de Contratación Pública puede brindar oportunidades en este sentido. Otro elemento de interés que conviene no olvidar es la necesidad de potenciar la planificación de todos los procesos de contratación. En conclusión, para avanzar hacia una compra pública de vacunas más eficiente, equitativa y sostenible, debemos tratar de orientar el modelo vigente hacia el valor aportado por las vacunas, primando la innovación, mejorando la transparencia y equilibrando el peso que se le da a los distintos aspectos técnicos frente a los criterios económicos. La evaluación de los resultados obtenidos en la práctica sería sin duda una práctica deseable para avanzar hacia un nuevo modelo más orientado hacia el valor.



■

**Las vacunas son una de las intervenciones de salud pública más coste-efectivas que existen en la actualidad**

■

## FÉLIX LOBO

Presidente del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica de Sanidad



### *“La evaluación económica que lleva a cabo el Ministerio de Sanidad admite márgenes de mejora”*

**Félix Lobo es presidente del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica (CAFPP) del Ministerio de Sanidad y profesor emérito de Economía en la Universidad Carlos III. Ha sido director general de Farmacia, además de miembro del comité de expertos de la OMS en política y gestión del medicamento.**

Por Belén Diego. Fotos: eE / iStock

#### **¿Sigue en pie la creación una agencia evaluadora específica para fármacos como se propuso antes de la pandemia?**

Hay que aclarar que en España ya existe un órgano evaluador, que es la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que atiende a los criterios de eficacia y seguridad. Lo que no aborda, y esto es algo usual en Europa, es la evaluación de la eficiencia, que corresponde al Ministerio

de Sanidad. Esa dimensión de la evaluación económica que lleva a cabo la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (CIPM) admite márgenes de mejora.

Puesto que las Comunidades Autónomas tienen competencias de gestión en este ámbito, los hospitales gestionan y los médicos recetan inevitablemente hay valoraciones sucesivas.

Es necesaria una evaluación de la eficiencia una vez que la eficacia y la seguridad se han establecido y se ha determinado el beneficio clínico incremental. A partir de ahí sería beneficioso contar con un órgano único que llevara a cabo la evaluación económica, la determinación del coste efectividad incremental. Es algo que no es sencillo poner en marcha debido a nuestra estructura organizativa en Comunidades Autónomas, pero hacer buenas evaluaciones económicas de forma dispersa tiene poco sentido.

**¿Considera entonces conveniente reducir el número de procedimientos evaluadores?**

Un cosa es reducir los procedimientos y otra muy diferente aspirar a que todo ocurra de modo uniforme y las decisiones que se adopten sean las mismas. Eso es sencillamente imposible. Sabemos que no hay enfermedades, sino enfermos, y que el médico adapta a las necesidades de sus pacientes las decisiones sobre tratamiento. No se puede pre-

lizado ofrece ventajas con las competencias de gestión en manos de las Comunidades Autónomas. No veo necesario recentralizar, pero sí coordinar.

**Los acuerdos de riesgo compartido han supuesto un avance en términos de evaluación porque se recurre a datos en práctica clínica (RWE) ¿Podrían ser la puerta de entrada a un mayor empleo de esta fórmula para otras innovaciones?**

Considerar los resultados en salud es absolutamente fundamental. La evaluación clínico-farmacológica que determine el beneficio clínico incremental, y el paso siguiente, la evaluación de la eficiencia para determinar los índices de coste-efectividad incrementales tienen que tener siempre como eje los resultados en salud. Lo óptimo es obtener variables lo más representativas posible de los resultados en salud, superando las variables intermedias. El caso de las terapias CAR-T es un buen ejemplo, porque se están

*“Hacer buenas evaluaciones económicas de forma dispersa es algo que tiene poco sentido”*

*“Sería preferible contar con un órgano coordinado, no centralizado, es una cuestión técnica, no política”*



tender que todos procedan a toque de cornetín. Las autoridades evalúan; luego, las decisiones se adoptan en la vida real, aunque hay que trabajar para que estén en línea.

Sí considero que sería preferible contar con un órgano coordinado, no centralizado, porque no estamos ante una cuestión política sino técnica, que debe ser resuelta por personal con formación técnica y con una voz única. Si bien es lógico que se produzcan variantes en cada hospital o área sanitaria por efecto de sus diferencias, creo que sería deseable que las disparidades fueran las menos posibles, con un órgano coordinado que emitiera su opinión. Sería algo similar a lo que sucede en Alemania, que es un estado federal; o en Italia, un modelo más parecido al nuestro. Es importante prescindir de la carga política. Yo personalmente opino que el Sistema Nacional de Salud descentra-

teniéndolo en cuenta los resultados y porque se están recabando datos muy detallados a nivel de paciente. Es un caso modélico, si bien es cierto que el proceso en sí es costoso. El problema de los acuerdos de riesgo compartido es que requieren supervisión y seguimiento, lo cual exige una organización potente y desarrollada. No podemos quedarnos en el ejemplo. Habría que ampliarlo y aplicarlo a otros escenarios.

El Sistema Nacional de Salud tiene la ventaja de que dispone de un enorme volumen de datos, y que cuenta con servicios operativos, pero el factor coordinación también es determinante para su implantación. Habría que conseguir información sobre resultados en salud por medio de procesos prácticamente automatizados, haciendo que los datos de la historia clínica sean procesados por el sistema, agregados. Eso permitiría adoptar

decisiones que fomenten el empleo racional de los medicamentos. Es un proceso costoso en términos de esfuerzo, tiempo y dinero. Durante la pandemia se ha visto que debemos y podemos tener un sistema de información mejor coordinado.

De una u otra forma, es imperativo medir los resultados de salud a nivel del paciente. No podemos quedarnos con los datos de los ensayos clínicos. Ambas fuentes: ensayos y datos en práctica real son necesarias. Progresar en este terreno va a requerir una inversión considerable. Tenemos a nuestro favor las herramientas tecnológicas necesarias para el manejo de *big data*, la inteligencia artificial... hay muchas posibilidades que podemos aprovechar pero, como digo, no con una finalidad determinada sino como parte de la estructura del sistema.

Otra cuestión fundamental es determinar qué es la innovación. Una de las estrategias

hemos avanzado mucho en ese aspecto. Existen base de datos sobre medicamentos en medicina especializada, en Atención Primaria. Algunas son muy importantes, aunque no se conozcan demasiado o persistan algunas dificultades, como el acceso a los microdatos. En la página web del Ministerio de Sanidad ya hay información disponible que da fe de un progreso notable, igual que ocurre con la Agencia de Calidad de Cataluña o el Observatorio del Sistema Madrileño de Salud, con datos de calidad. Otra cosa es que aún exista un margen para mejorar.

**En las subastas o en las compras centralizadas, ¿es correcto decir, como oímos con frecuencia, que el precio es el único criterio, y que esa es una manera incompleta de considerar lo que se compra? ¿Deberían incorporarse otros baremos?**

Cualquier economista es favorable a los procedimientos competitivos de compras, una denominación más exacta que 'subastas',

*“Es imperativo medir los resultados de salud a nivel del paciente, no podemos quedarnos en los ensayos clínicos”*

*“Cualquier economista es favorable a los procedimientos competitivos de compras, una denominación más exacta que ‘subastas’”*



posibles es medirla en términos de resultados en salud, pero a sabiendas de que puede haber formas de innovación muy interesantes que no se midan por ese baremo. Es un debate muy importante que tenemos que abordar.

Lo que está claro es que no por poner un producto en el mercado tenemos innovación.

**¿Considera una buena opción hacer el registro datos obligatorio, o sería una medida demasiado ‘agresiva’?**

El hecho de que la ley imponga recogida de información no es una novedad, la recogida de información estadística ya está regulada por ley en España, por ejemplo. No sería extemporáneo siempre que se hiciera con todas las garantías para proteger los derechos del paciente y del médico. De todas formas, me gustaría aclarar que en España

pero son algo que es muy complejo regular. Cada año tenemos cientos de artículos científicos sobre esta cuestión, no solo en sanidad sino en otras áreas, es una rama compleja de la ciencia económica. Una cuestión clave es que la letra pequeña es importantísima para evitar efectos no deseados.

A fecha de hoy estamos convencidos de que queremos contar con fábricas de productos esenciales para la respuesta a la pandemia en nuestro territorio. Es posible que en los procedimientos competitivos de compra sea un factor que habrá que tener en cuenta, entre otros muchos. A fecha de hoy, el problema es que esto no puede contemplarse porque vulneraría la normativa europea y la de entidades como la Organización Mundial del Comercio. Hay que buscar procedimientos que, manteniendo el equilibrio en el ámbito de la competencia internacional, den cabida

a las necesidades estratégicas de cada uno de los países. Un mercado internacional ordenado es lo que necesitamos. Un mercado salvaje es lo que -lamentablemente- hemos tenido durante la pandemia. Tenemos que adoptar las medidas necesarias para que eso no vuelva a suceder, sobre la base de la cooperación internacional.

Estos procedimientos son parte de un camino que ya han empezado a andar, y por el que van avanzando todos los países desarrollados. El posicionamiento de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) es claro, pero también hay que insistir en que requieren un diseño técnico muy afinado. En España han sido objeto de controversia. Yo creo que la experiencia ha sido positiva, aunque se hayan producido algunos efectos no deseados. Quizá también es posible que genere controversia porque la competencia, en sí

para el comprador y para la compañía que vende. El primero podría perder un descuento si lo proclama. Como sucede con los paraísos fiscales, o las ventajas fiscales de las que se aprovechan Irlanda y Holanda con perjuicio para nosotros y otros Estados Miembros, -por apuntar una disparidad- debemos abordarlo con una perspectiva europea.

A largo plazo, y en términos generales, hay que defender el principio de transparencia, ya que sin ella no hay competencia.

### **En la revisión dinámica de precios ¿considera una buena opción también establecer diferencias por indicaciones?**

El precio tiene dos puntos de referencia: el nivel de coste -que es difícil determinar en el caso de productos y empresas complejas y multinacionales- y la disposición a pagar, que nos expresa el valor que le concede al producto quien lo necesita. Mientras que en el primero las variaciones pueden ser limitadas

*“Introducir precios distintos según indicaciones es complicado y -de hecho- hay muchas discusiones al respecto”*

*“Si empezamos a diagnosticar y poner remedio a los problemas estructurales del sistema podremos dotarnos de un sistema propio del siglo XXI”*



misma, es un elemento incómodo para quienes intervienen en el mercado, pero tiene muchos valores.

Los procedimientos competitivos de compra también llevan asociados una serie de elementos positivos que debemos preocuparnos por mantener.

**¿Hasta qué punto son compatibles -o incompatibles- los principios de transparencia y confidencialidad en el establecimiento de precios de medicamentos? ¿Sería necesaria una ley de contratos públicos específica para regular los acuerdos en los cuales el objeto es una terapia?**

La transparencia es muy importante. Su equilibrio con la confidencialidad es una cuestión delicada que solo tiene solución desde la cooperación internacional: europea y más amplia. Que se divulgue un precio puede ser malo

(aunque, insisto, difíciles de estimar) – el segundo punto de referencia sí puede ser diferente según la indicación. Pero introducir precios distintos según indicaciones es complicado y de hecho hay muchas discusiones al respecto.

Estamos en un momento especialmente crucial porque quizá un beneficio de la pandemia, si es que puede haber beneficio en una situación tan dolorosa, es que ha situado a la Sanidad en España en la agenda política. La Sanidad puede mejorar.

Tenemos que invertir con racionalidad y con eficiencia. Eso puede ser positivo y redundar en el mundo del medicamento. Si empezamos a reconocer, a diagnosticar adecuadamente los problemas estructurales del sistema y les ponemos remedio, podremos dotarnos de un sistema del siglo XXI.

# Protocolo de cirugía segura en la totalidad de la privada

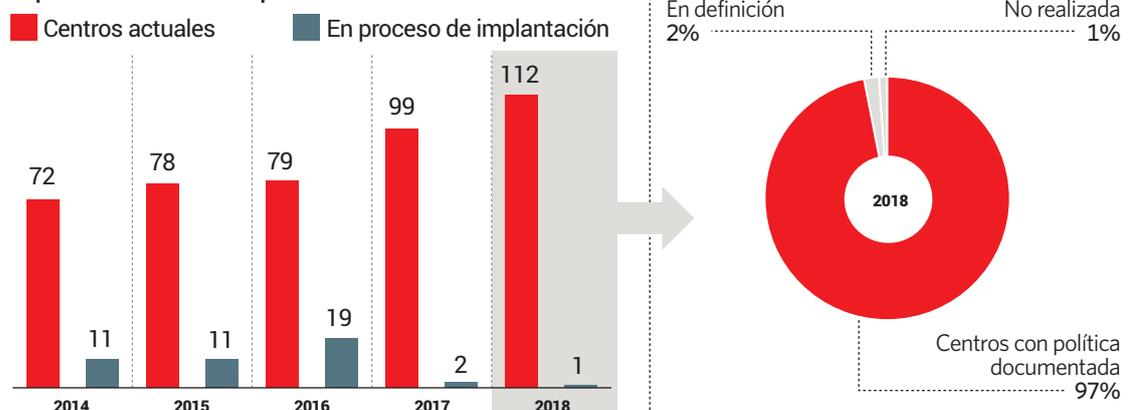
Un informe constata que el 97% de los centros privados españoles han implantado el protocolo de cirugía segura elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Belén Diego. Fotos: iStock



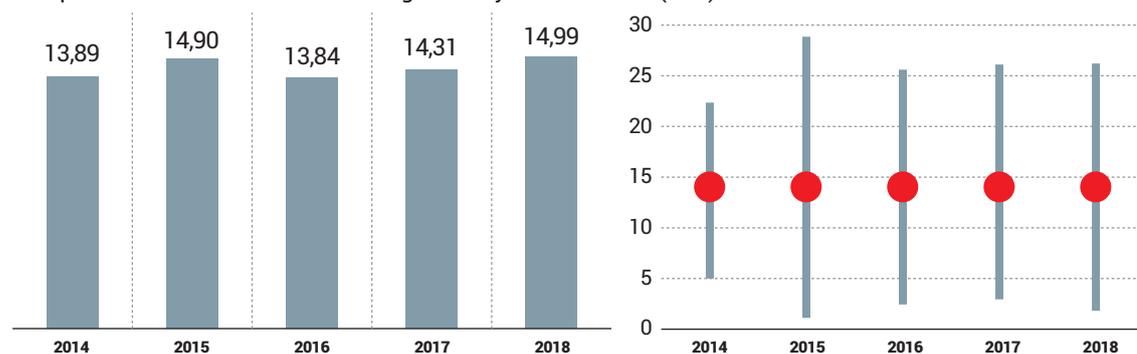
## Protocolo de cirugía segura ("check-list")

### Implantación en centros privados



### Atención a pacientes con cáncer de colon

#### Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento (días)



Fuente: Informe RESA.

elEconomista

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha elaborado y dado a conocer un protocolo de cirugía segura que los centros privados del país han incorporado en un 97%, la práctica totalidad de centros. Son los datos del Estudio RESA 2019, que la sanidad privada española presenta por octavo año consecutivo. El documento ofrece datos sobre políticas de calidad orientadas a la accesibilidad, la resolución, la eficiencia y los resultados en salud.

En esta edición del informe, 525 hospitales y centros sanitarios privados aportan datos de forma voluntaria para contribuir al ejercicio de transparencia. El Estudio RESA incluye el análisis de 1,3 millones de altas hospitalarias, 2,7 millones de consultas externas, 4,5 millones de urgencias y 850.000 intervenciones quirúrgicas. Su objetivo es medir resultados y establecer comparaciones para consolidar una dinámica de búsqueda de la excelencia. En su última edición se ha ampliado el número de indicadores recabados y estudiados para su publicación. Entre las novedades más relevantes, se han ido incorporando al estudio indicadores que permiten establecer comparaciones con bases de datos internacionales, como los EIQUI (siglas del inglés European

Inpatient Quality Indicators). Estas comparaciones, según matizan los autores, deben establecerse con cautela dadas las diferencias entre sistemas sanitarios, pero permiten valorar si los centros se encuentran alineados con la práctica de sistemas de reconocida calidad que se utilizan como referencia.

La agilidad en el acceso a los servicios, uno de los parámetros analizados, ha mostrado resultados estables en diversos indicadores (consulta externa, urgencias, diagnóstico, cirugía) que se mantiene estable en tiempos en los cuales se producen picos de demanda, dando muestras de flexibilidad. Los promedios de espera para ginecología son de 12 días, 11 para traumatología, 14 para dermatología y 11 en oftalmología. Estos tiempos se mantienen los últimos cinco años entre el intervalo entre 8 y 18 días con escasas variaciones a lo largo del año. Las principales exploraciones de diagnóstico por imagen oscilan entre los 6,25 días para el TAC y 10,91 para mamografía. La entrega de informes sobre las pruebas oscila entre 2,3 días para mamografías y 3,29 días en resonancias magnéticas. La presente edición del informe incorpora además un análisis piloto de las pruebas de laboratorio.

## Del diagnóstico al tratamiento del cáncer en plazos mínimos

La agilidad en el acceso a los servicios de salud es un parámetro que los pacientes valoran mucho, en general. Cuando se trata de atención a personas con cáncer, su importancia es aún mayor. El informe ha recogido información compleja sobre diagnóstico definitivo e inicio del tratamiento en diversos procesos oncológicos. Así se ha constatado que el tiempo es óptimo y se mantiene en torno a las dos semanas: 14,26 días en casos de cáncer de mama; 14,99 días en cáncer de colon y 15,88 días en el cáncer de pulmón. La elaboración de estos indicadores se basa en un registro de 2.355 historias de cáncer de mama, 1.753 casos de cáncer de colon y 1.436 de cáncer de pulmón. Obtener esta información es difícil, ya que normalmente los registros sanitarios contienen los procedimientos que se realizan para el paciente y sus fechas, pero el indicador requiere identificar la fecha del diagnóstico en firme y la de inicio del primer tratamiento, ya sea este médico o quirúrgico. Son datos que no están identificados específicamente en el registro, de modo que hay que revisar de forma manual los registros para obtenerla. Los autores, no obstante, han considerado que son variables de un peso particularmente relevante desde el punto de vista de los pacientes de oncología.

Sus resultados son un tiempo para citación de 0,33 días (bioquímica y hematología); 0,98 días para genética, microbiología e inmunología. Los tiempos de entrega son de 0,99 días para bioquímica y hematología y 2,18 días para analíticas con un procesamiento más lento, como microbiología, inmunología y genética. En el apartado de agilidad asistencial los autores destacan las intervenciones por fractura de cadera realizadas dentro de las primeras 48 horas, que constituyen un 85% del total.

La capacidad de resolución es muy elevada, muestra el informe, con indicadores de retorno de pacientes muy bajos (incluyendo retorno a los servicios de urgencias, reingreso en hospitalización y reingreso tras una intervención, entre otros).

Las tasas de retorno a urgencias a las 72 horas por el mismo diagnóstico en el entorno de la sanidad privada son del 3,7%. El promedio de reingreso o la rehospitalización dentro de los 30 días siguientes al alta está en el 4,9%. El reingreso por causas quirúrgicas a los siete días en los centros incluidos en el estudio es de 1,1%. Estas cifras están por debajo de los valores habituales en otras organizaciones sanitarias, tanto españolas como de otros países. Asimismo, las tasas de reingreso en hospitalización analizada en función de patologías específicas tam-

**La espera media para cirugía es de 30,47 días, un parámetro a la baja en los últimos 4 años**

bién se mantienen por debajo de los comparadores nacionales e internacionales empleados como baremos: 9,4% en pacientes con EPOC y 8,1% en personas con insuficiencia cardíaca.

La estancia media de los pacientes hospitalizados es de 3,75 días (comparada con 6,9 días en 2017). La estancia media prequirúrgica es de 0,31 días (media nacional de 1,7 días). Las intervenciones ambulatorias (sin necesidad de ingreso) constituyen el 55,4% (43,3% en el conjunto del sistema sanitario español).

En cuanto a la atención a los pacientes en los servicios de urgencias de los centros privados, el tiempo medio entre el acceso del paciente y la atención médica se mantiene por debajo de los 30 minutos (28,8 minutos en este último informe). La espera media para intervenciones quirúrgicas es de 30,47 días, un parámetro estable y a la baja a lo largo de los últimos cuatro años. El nivel de implantación de políticas importantes para la seguridad es elevado: 97% en cuanto a higiene de manos, 89% para la notificación de eventos adversos.



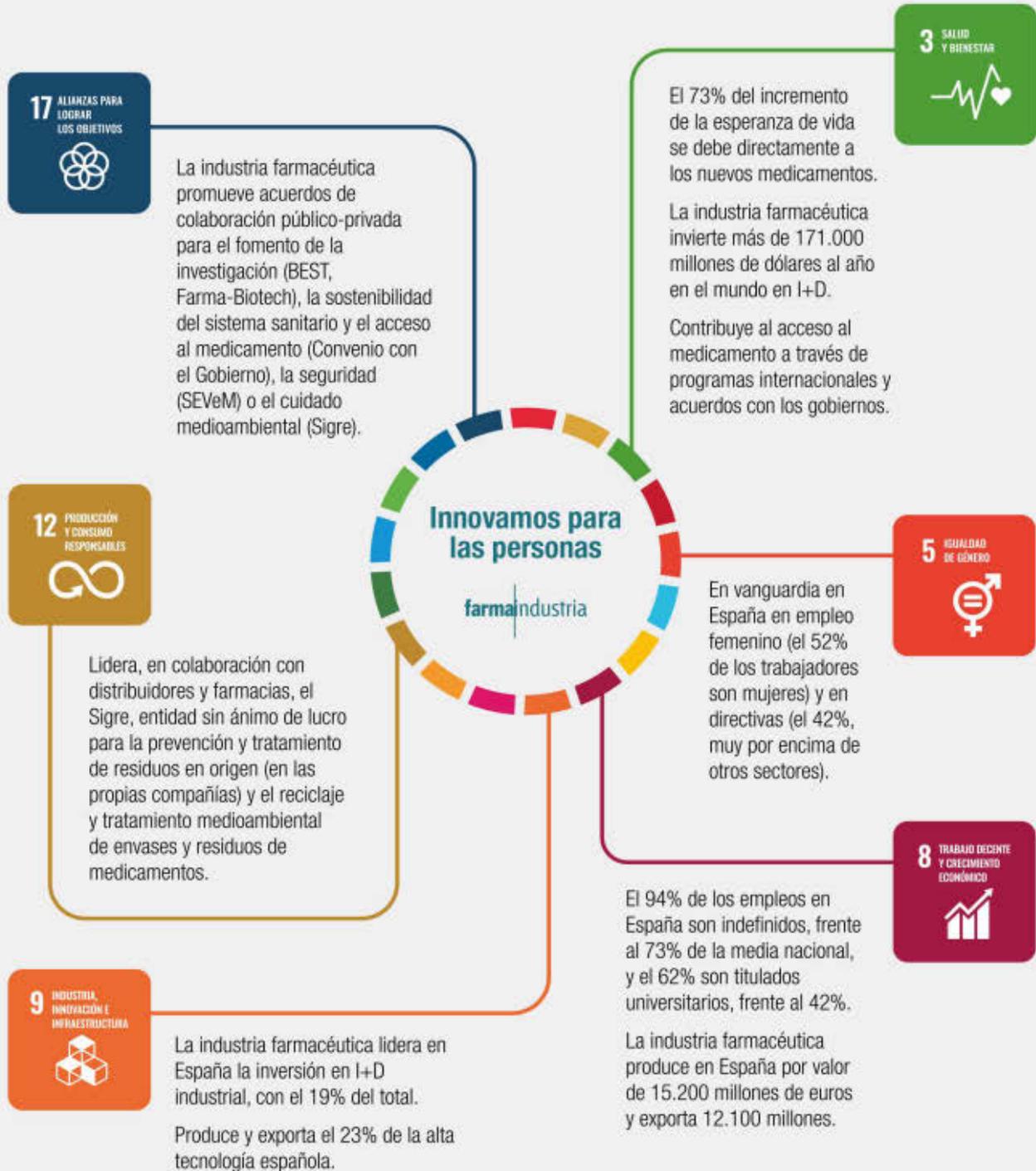
Cuando se compara con los mejores sistemas sanitarios en términos de resultados, la supervivencia de pacientes con enfermedades severas en el entorno de la sanidad privada (supervivencia a las 48 horas y al alta en infarto agudo de miocardio, supervivencia en insuficiencia cardíaca, septicemia postquirúrgica y otros indicadores) muestran resultados similares o mejores que los de otros sistemas que publican sus datos, tanto en España como fuera de ella.

El análisis del informe incluye segmentos muy especializados, como la reproducción asistida, cuyos resultados son comparables con los de los mejores estándares internacionales en todas sus técnicas. Asimismo, se han incluido parámetros para la evaluación de los centros de hemodiálisis, que ofrecen indicadores por encima de los umbrales de calidad requeridos por las sociedades científicas y profesionales que desempeñan su labor en este ámbito.

Una particularidad destacada por los autores es que los hallazgos mantienen y consolidan la tendencia de las evaluaciones llevadas a cabo en los ocho ejercicios anteriores.

# Así contribuye la **industria farmacéutica** a los *Objetivos de Desarrollo Sostenible*

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



Más información en:  
[www.farmaindustria.es](http://www.farmaindustria.es)



**Roberto Fuentes**  
Director de atSistemas

## La Tecnología de la Información como impulsora de la sanidad digital

**E**l impacto de la pandemia está impulsando enormes cambios en la sociedad. A medida que nos adentramos en la nueva normalidad, la sociedad es cada vez más consciente de que el crecimiento económico debe ir orientado a mejorar la calidad de vida del ser humano, sin perder de vista la sostenibilidad del planeta. Cada vez más las tecnologías digitales se perciben como una parte integral de la sociedad humana. Las innovaciones tecnológicas deben contribuir a mejorar las relaciones sociales y el nivel de vida del ser humano. El progreso tecnológico ha puesto de manifiesto que en condiciones hostiles se ha podido construir un ecosistema de elementos digitales que ofrezca el equilibrio necesario para continuar buena parte de nuestras actividades cotidianas y empresariales con una gran flexibilidad. Para dar soporte a esta evolución, la sanidad se ve inexorablemente empujada a incrementar la adopción de tecnologías, dentro de un obligado proceso de digitalización. Los factores principales que permitirían una mejora significativa en los servicios sanitarios para el ciudadano son la automatización, la experiencia del paciente, y hiperpersonalización de los diagnósticos y tratamientos, aumentando la precisión y la calidad de vida.

Atendiendo al primero de ellos, la automatización, rápidamente vemos que uno de los beneficios que trae consigo la tecnología es la capacidad de hacer por nosotros muchas tareas reduciendo los procesos manuales que son altamente ineficientes. La automatización se consigue identificando procesos que realizan los médicos, auxiliares y demás personal sanitario y utilizando la tecnología para que cada una de las tareas sigan un guion particular, según determinado conjunto de casuísticas. Por ejemplo, la elaboración de informes médicos puede automatizarse en gran medida, ya que mediante técnicas de *big data*, inteligencia artificial y procesamiento de lenguaje natural se pueden recoger los datos de informes intermedios y pruebas diagnósticas para establecer el tratamiento más apropiado, y elaborar narraciones de texto que den cuerpo al informe final. A los escépticos en el campo de la escritura automática les invito a que lean sobre los avances de la compañía OpenAI y su reciente producto GPT-3.

Muchas labores de monitorización también se pueden automatizar con el uso de dispositivos físicos para capturar información dentro del ámbito de IoT (*Internet*



of Things), que ha fusionado el mundo físico con el digital. En particular, el *Internet of Medical Things* o Internet de las Cosas Médicas se definiría como la tecnología basada normalmente en un conjunto de dispositivos y sensores que permite monitorizar y alertar sobre asuntos de interés médico y a su vez proporcionar a los profesionales determinados datos del paciente en tiempo real, con el objetivo de identificar posibles problemas. Completando la solución con inteligencia artificial, el sistema aprende los hábitos de la persona supervisada para detectar anomalías, comportamientos inusuales, ausencia de movimiento y patrones extraños, avisando automáticamente a sus familiares o al servicio de urgencias.

Respecto a la experiencia del paciente, es importante analizar y entender los diferentes puntos de contacto que tiene el paciente con cualquier persona o sistema informático dentro del entorno de salud. El paciente debe tener claro en cada momento cuál es el siguiente paso, qué información se ha recogido sobre él y sentir la agilidad en la prestación de los servicios del sistema sanitario. De forma rápida y sencilla. El paciente debe sentir que se le facilita la vida, no al revés. Algunas iniciativas que se pueden acometer aquí son la creación de un completo servicio de información del paciente. Este servicio se puede prestar utilizando una plataforma web donde el paciente pueda consultar su historia clínica, visitas al médico de cabecera, a los especialistas, resultados de pruebas y diagnósticos, tratamientos y medicamentos prescritos, por citar unos pocos ejemplos. Dicha plataforma puede ser utilizada también para incluir sistemas de videoconferencia de manera que incluso ciertas consultas médicas puedan ser gestionadas sin necesidad de desplazamientos.



■

**El paciente debe tener claro en cada momento cuál es el siguiente paso y qué información se ha recogido de él**

■

La sanidad privada ha hecho inversiones interesantes para desarrollar la telemedicina y acercar al equipo de especialistas médicos para evitar desplazamientos en las primeras consultas. Aquí puede ser también interesante utilizar las tecnologías de firma electrónica para la emisión de recetas que puedan ser enviadas al paciente ahorrando el tiempo de acudir a consulta y evitando también las aglomeraciones en los centros de salud. Servicios de videoconsulta médica y farmacias digitales, apoyándose en capacidades que ofrecen plataformas de comercio electrónico, e integrando la información del sistema de salud con la red de farmacias que operan en el territorio. La experiencia del paciente debe abordarse como un ejercicio integral, desde una perspectiva holística. La plataforma web antes mencionada es sólo una parte, ya que el paciente tiene toda una serie de puntos de contacto, físico, teléfono, web, con diferentes personas y roles, y en diferentes momentos de su ciclo de vida. Es necesario analizar bien esos puntos de contacto para asegurarse que ninguno queda en el olvido, ya que la fortaleza del proceso completo es tan débil como la más débil de las interacciones.

Respecto a la hiperpersonalización, el *big data* jugará un papel crucial, ya que será necesario manejar enormes cantidades de datos recogidos en la historia clínica del paciente, desde pruebas de laboratorio, intervenciones, diagnósticos o tratamientos prescritos. Sin embargo, será necesaria la inteligencia artificial para encontrar patrones y recomendaciones personalizadas que anticipen qué tratamientos tendrán mejor resultado para un paciente concreto o cambios necesarios en su estilo de vida que pueden ir desde consejos sobre nutrición y dieta, hasta ejercicios y otros cambios en el ritmo de vida. Hay que destacar aquí los modelos de aprendizaje por refuerzo, que recogen en tiempo real el *feedback* de multitud de pacientes que unido al historial médico permitiría diseñar estrategias nutricionales y terapéuticas. Sin embargo, las cuestiones de privacidad y la seguridad de la información pueden suponer un importante freno a todo lo anterior. Para ello existen tecnologías como *blockchain*, que permite un acceso a la información médica electrónica de forma segura, descentralizada, más sencilla, eficaz y fiable. Además, mantienen al mismo tiempo la privacidad personal y el cumplimiento legal, y asegurando que la información del paciente solo se comparte entre sanitarios, y siempre sujeto al consentimiento previo.

# Objetivo: eliminar la hepatitis C en el mundo

Nuevos tratamientos permiten curar la hepatitis, una oportunidad sin precedentes para acabar con una enfermedad que afecta a 290 millones de personas.

Belén Diego. Fotos: iStock



Aprovechando los análisis para la detección de Covid-19 podrían localizarse y tratarse casos ocultos de hepatitis C.

**E**n la actualidad se calcula que hay 290 millones de personas en el mundo que tienen hepatitis sin saberlo. En el Día Mundial de la enfermedad, sociedades científicas, pacientes y autoridades han hecho suyo el objetivo común de diagnosticar todos los casos para acabar con ella. El lema: "Encontrar millones de pacientes perdidos".

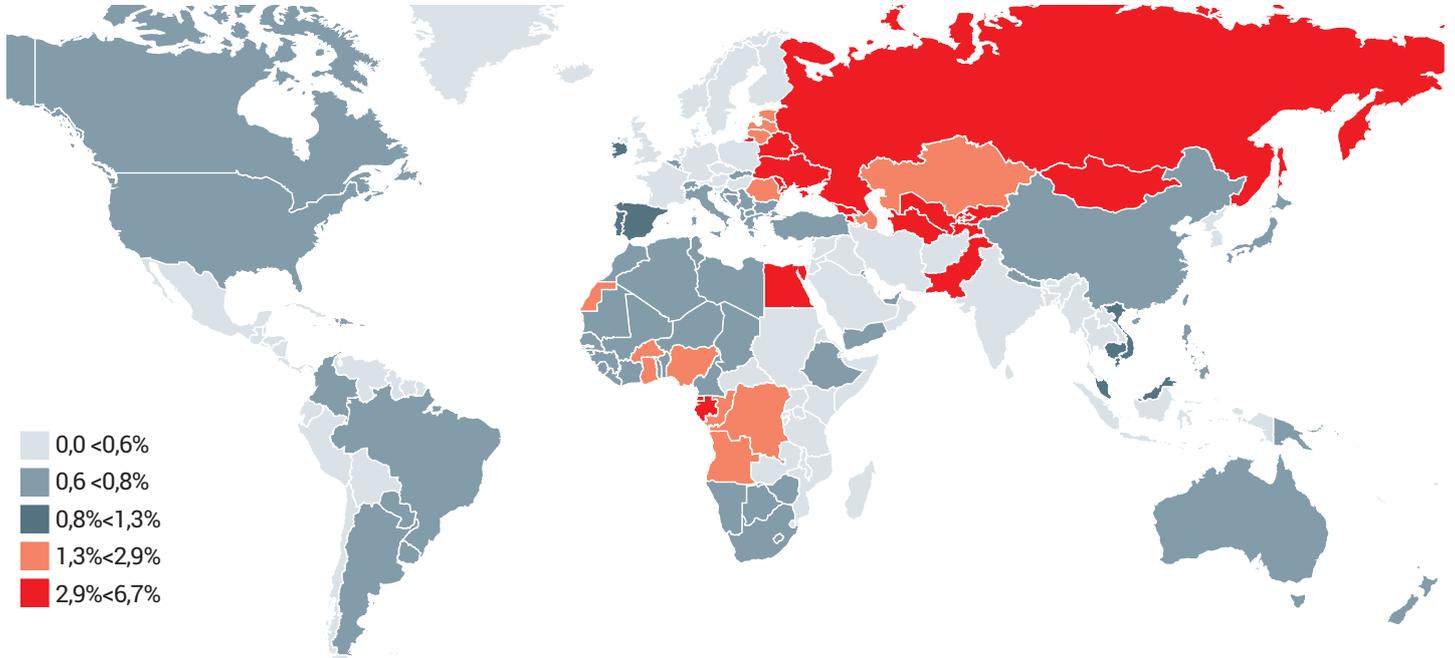
Un análisis sobre la situación de la hepatitis publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019 estimaba que para alcanzar el objetivo de acabar con la infección haría falta una inversión de 6.000 millones de dólares anuales. En el año 2016,

esa inversión solamente rozaba la cifra de los 500 millones.

Eliminar la hepatitis era ya un lema consolidado en la campaña de la OMS en 2019, porque la organización considera que es posible alcanzar esa meta con esfuerzos adicionales bajo el plan de 2013, al menos en el contexto de sistemas con cobertura sanitaria universal. Aunque el compromiso internacional por llegar a la eliminación fue rubricado por todos los países integrantes en 2016, la OMS ha tenido que acabar admitiendo que "el progreso se está retrasando".

## La hepatitis C en el mundo

Prevalencia (porcentaje de población afectada)



Fuente: Gower H, et al. Journal of Hepatology.

elEconomista

El término 'hepatitis' hace referencia a la inflamación que la enfermedad provoca en el hígado. La hepatitis A se transmite por el consumo de agua o alimentos contaminados y suele ser leve. La hepatitis B, más severa, ha descendido en gran medida gracias al desarrollo de una vacuna. La hepatitis C, que se transmite principalmente por el contacto con sangre, puede hacerse crónica y se asocia con un deterioro

progresivo de la función hepática que puede desembocar en enfermedad muy grave.

En el marco de los Cursos de Verano de la Universidad Complutense en El Escorial, expertos españoles y estadounidenses han compartido los últimos avances en cuanto a los *Retos en salud pública para la enfermedad hepática*. En el encuentro se puso de manifiesto la necesidad de seguir haciendo esfuerzos por la eliminación de la enfermedad. El Plan Estratégico que puso en marcha el Ministerio de Sanidad ha logrado, de acuerdo con los datos oficiales, que 130.000 personas con hepatitis C hayan sido tratadas. No obstante, los expertos indican que aún podría haber 80.000 pacientes "ocultos" en riesgo de desarrollar enfermedad hepática avanzada, cáncer de hígado o necesitar un trasplante. Además del sufrimiento que esto acarrea, el sistema está inmerso en la batalla contra la Covid-19, lo cual invita a pensar que la prevención de intervenciones complejas es ahora más importante que nunca.





Con lo que cuesta un trasplante pueden tratarse a 40-50 personas con las nuevas terapias contra la hepatitis C.

Javier García Samaniego, coordinador de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE), y uno de los ponentes en el encuentro de expertos de El Escorial, considera que el objetivo de la OMS, conseguir que las hepatitis B y C dejaran de ser un problema de salud pública con una disminución del 90% en el número de casos y de la enfermedad que causan en una proporción de dos tercios parecían realizables en el momento de plantearse puesto que para la hepatitis C existen tratamientos eficaces, y la hepatitis B puede prevenirse con vacunación. "La hepatitis C es una infección que se puede curar, los medicamentos lo han conseguido en casi el cien por cien de los pacientes. España está además en una situación muy ventajosa para llegar a la eliminación antes de 2030, ya que algunos estudios la sitúan como primer país de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) que lo logrará antes de 2024 o 2024", ha declarado.

Además, considera que los nuevos tratamientos de la hepatitis C son una prueba de que es posible incorporar la innovación sin poner en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario porque "muchos estudios han mostrado cómo tratar masivamente la hepatitis C reduce la necesidad de ingresos hospitalarios, trasplantes, incidencia de cáncer de hígado... aunque su impacto presupuestario inicial fuera alto". A su modo de ver, las cosas en España se han hecho bien en materia de hepatitis C, "algo que merece ser subrayado".

Aunque la última cifra oficial es de 130.000 pacientes tratados desde la implantación del Plan Nacional, él estima que ya serán alrededor de 140.000 personas las que hayan recibido tratamiento con los nuevos fármacos. Con una prevalencia estimada de 250.000 pacientes, más de la mitad ya están tratados y curados, ha recordado.

El reto, en el cual coinciden los especialistas, es llegar a quienes aún no han recibido la terapia. Según

80.000

Es la cifra estimada de pacientes "ocultos" con hepatitis C no tratada en España

ha recordado García Samaniego, existen dos posibles estrategias para hacer frente a la situación: microeliminación de la enfermedad con búsqueda activa de casos en poblaciones vulnerables y, por otra parte, búsqueda en la población general. La primera de estas estrategias está razonablemente avanzada en España, apunta. "Puesto que los estudios epidemiológicos y el sondeo del Ministerio de Sanidad indican que la hepatitis C es fundamentalmente una enfermedad de personas por encima de los 45 años, pueden realizarse las pruebas, incluso aprovechando los análisis para la detección de Covid-19", ha indicado el experto.



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

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

**asisa** 

900 10 10 21 | [asisa.es](http://asisa.es)

## STEFANIE GRANADO

Directora general de Takeda Iberia



### *“Tenemos una molécula que puede jugar un papel importante en la tormenta de citoquinas del Covid”*

**La adquisición que realizó Takeda sobre Shire le permite avanzar en el campo de las enfermedades raras. Además, la compañía japonesa sigue avanzando en su pipeline clásico y lanzará varios medicamentos este año. También investigan una de sus moléculas porque tienen indicios de que mejorará a los pacientes con coronavirus.**

Por Javier Ruiz-Tagle. Fotos: Takeda

Takeda anunció la adquisición de Shire hace algo más de un año. La directora general en España analiza los primeros compases en un contexto de dificultad por el coronavirus.

#### **¿Qué perspectivas tienen de facturación para 2020?**

R: Tenemos previsión de crecer, sabe que nuestro año va del 1 de abril al 31 de marzo, hace poco que nosotros hemos arrancado

el año, hemos cerrado lo que para nosotros ha sido el año fiscal de 2019 en unos 30.000 millones de dólares a nivel global.

#### **¿Y en España?**

R: No compartimos país por país. Pero nos ha ido bien, hemos crecido casi un siete por ciento así que muy bien.

**Takeda acaba de anunciar la venta de su**

**unidad de Consumer Health a Blackstone.****¿Cuáles son los detalles de la operación?**

En los últimos meses, y con el objetivo de centrarnos en nuestras cinco áreas prioritarias (gastroenterología, enfermedades raras, terapias derivadas del plasma, oncología y neurociencias), hemos realizado algunas operaciones de desinversión a nivel global. En concreto, este acuerdo de desinversión, un negocio independiente desde abril de 2017 aunque propiedad de la compañía, se ha cerrado con Blackstone por un valor de 1.921 millones de euros. Se espera que la operación completa finalice el 31 de marzo de 2021.

**¿Tendrá repercusiones en España?**

No tiene implicación directa en España, ya que esta área de negocio no está presente en nuestro país.

**Veamos ahora las inversión de I+D, ¿qué previsiones tienen para este año que acaban de empezar?****¿Cuáles son los detalles de la operación?**

La inversión en I+D va a seguir y estamos invirtiendo cada vez más. Lo de la planta lo hemos hecho justo el año pasado, para este año no tenemos planificado nada en concreto. Para nosotros lo más importante es que sea un entorno abierto a la inversión, que se encuentre un entorno atractivo y la seguridad jurídica y fiscal que sea un hecho. Tuvimos una reunión con el CEO donde se dedicaron cinco horas a España y a Portugal, y se lo hemos dejado muy claro, que sería un *win win* para España y Takeda si seguimos invirtiendo como hasta ahora.

**Antes de su fusión con Shire, Takeda tenía un área terapéutica fuerte en oncología y neurociencias. ¿Qué novedades puede contarme en esas áreas?**

Y la otra que era casi la principal es la gastroenterología. Lo que viene a dar la parte de Shire es enfermedades raras. Ahí Shire ya era el líder a nivel mundial y esa responsabi-

*“En los últimos meses hemos realizado operaciones de desinversión a nivel global”*

*“El 18% de nuestras ventas se reinvierten en I+D y en España destinamos mucho a ensayos clínicos”*



Seguimos invirtiendo a nivel global, un dieciocho por ciento de nuestra venta la reinvertimos en I+D. Se ha visto un crecimiento sobre todo en los últimos años, casi se ha triplicado la inversión y aquí en España seguimos, invertimos mucho en ensayos clínicos. De momento tenemos más de sesenta ensayos activos, con casi mil pacientes y nosotros como estamos mucho en el entorno de la enfermedades raras decir mil pacientes para nosotros ya es mucho. Y luego tenemos la planta de terapia celular en Tres Cantos donde hemos invertido otros mil millones el año pasado para triplicar la capacidad. Es la única planta de terapia celular de momento a nivel nacional, diría incluso a nivel internacional, es realmente una planta de referencia.

**Hablando de esta planta. ¿Tiene Takeda algún plan previsto para ampliar sus capa-**

lidad ahora la ha asumido Takeda. Las neurociencias, como ha dicho, también. Una parte de Shire donde ya estaba presente es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y ahora se abre a nuevas áreas como la narcolepsia, por ejemplo, donde Takeda tiene una molécula muy interesante. Son esas cuatro, oncología, gastroenterología, enfermedades raras y neurociencias. Y luego tenemos terapias derivadas del plasma y vacunas, donde también estamos trabajando. En las derivadas del plasma es donde tenemos una solución para potenciar el tratamiento del Covid19.

**¿Este año va a haber algún lanzamiento en España en alguna de ellas?**

Contamos con poder lanzar este año una presentación subcutánea de la molécula del medicamento para la enfermedad inflamatoria intestinal. En oncología, mieloma múltiple

tiple y cáncer de pulmón no microcítico. Y luego en enfermedades raras tenemos una nueva generación del medicamento para el tratamiento del angioedema hereditario.

**Tras la fusión con Shire, que se completó a principios de año de 2019, se anunció un expediente de regulación de empleo que iba a afectar a trescientos empleados aproximadamente, veintitrés en España, ¿va a haber nuevos ajustes?**

De momento no tenemos previsto más ajustes. Tenemos las áreas terapéuticas tal cual las armamos el año pasado y de momento no tenemos planificado nada. Vamos a entrar en trasplantes, ahí seguro vamos a armar este grupo y va a haber cambios como siempre los hay, pero de momento ningún ajuste previsto.

**Hablemos un poco de coronavirus. Están trabajando en una terapia de plasma, algo que están trabajando algunas compañías**

**¿Takeda tiene algún otro proyecto relacionado con el coronavirus?**

Sí, estamos evaluando moléculas que ya tenemos con otras indicaciones, de hecho tenemos un proyecto en España con investigadores liderados por el hospital de Bellvitge que están reevaluando una molécula nuestra que de momento se utiliza para el tratamiento del angioedema hereditario y hay una investigación muy interesante de esta molécula, porque tiene una actuación en la vía de la inflamación y pensamos que puede jugar un papel interesante en esta famosa tormenta de citoquinas en los pacientes de Covid19.

**Hablemos sobre política farmacéutica. ¿Qué dificultades están encontrando para la aprobación de fármacos para enfermedades raras?**

El desafío con las enfermedades raras es que son raras, tenemos pocos pacientes y pocos expertos. Ya los estudios clínicos que hacemos son un reto. Un sistema como el ale-

*“Para las enfermedades rara un sistema de acceso como el de Alemania sería beneficioso para los pacientes”*

*“En oncología esperamos la lanzar este año dos medicamentos: uno para mieloma múltiple y otro para cáncer de pulmón”*



**ahora, incluso el gobierno a través del CSIC, ¿cómo funciona la vuestra?**

Es una alianza que ha impulsado Takeda, ya están presentes diez empresas con experiencia en las terapias de plasma. Nosotros recogemos el plasma de personas que ya se han recuperado del Covid-19. Esta globulina hiperinmune, se procesa, se condensa este plasma para luego administrarlo a pacientes con riesgo de complicaciones.

**Entiendo que estáis en ensayo clínico.**

Sí, se han producido los *matches* para los ensayos y puede ser una de las terapias más tempranas que llegue a los hospitales. Va a ser una terapia sin marca, estamos ahí las diez empresas trabajando como un equipo porque en este momento hay que colaborar y así somos más fuertes y sobre todo más rápidos. Dentro de unos diez o quince meses pensamos que la terapia estará disponible.

mán, donde tú recibes acceso inmediato y luego ya a lo largo de un año negocias el precio, sería beneficiario para el paciente, que está ya en terapia, mientras tú sigues recogiendo datos. En Takeda estamos muy interesados en estos acuerdos innovadores. Por ejemplo, la terapia celular, era la tercera molécula que entró en Valtermed.

**Hablando de Valtermed. ¿Han llegado a tener algún reajuste de precio en ese medicamento?**

No, en nuestro caso no está previsto un ajuste, nosotros damos la terapia y nos pagan una primera parte. Si funciona y el resultado es el esperado, nos pagan la segunda parte. Si no, no nos la pagan.

**¿Y me podría decir qué porcentaje son?**

El porcentaje tampoco lo compartimos, pero el riesgo más grande lo asume Takeda.



Vuelve a la calle,

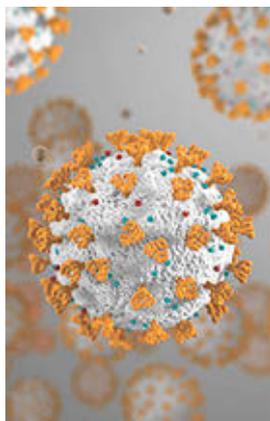
protégete en

la farmacia.

 **COFARES**

## Farmacéuticas

## Roche y Regeneron avanzan en su 'escudo' contra el coronavirus



Roche y Regeneron han anunciado que están sumando fuerzas en la lucha contra la Covid para desarrollar, producir y distribuir REGN-COV2, la combinación de anticuerpos antivirales en investigación, a personas de todo el mundo. REGN-COV2 podría proporcionar una opción de tratamiento, en este momento muy necesitada, a los infectados que ya manifiestan síntomas de Covid, y también ofrecer un potencial preventivo en aquellos expuestos al virus, retrasando así la propagación de la pandemia. Se espera que esta colaboración incremente el suministro de REGN-COV2 en al menos tres veces y medio más la capacidad actual, con el potencial de una expansión aún mayor.

La molécula está siendo actualmente estudiado en dos ensayos clínicos fase II/III para el tratamiento de la Covid y en otro fase III para prevenir la infección en hogares donde viven personas infectadas. Si el tratamiento se demuestra seguro y eficaz en estos estudios y reciben la aprobación de las autoridades regulatorias, Regeneron se encargará de su distribución en Estados Unidos y Roche hará lo propio en el resto de países. "Estamos muy emocionados viendo el potencial de una opción que podría servir tanto para los pacientes infectados como para prevenir la enfermedad en aquellos otros que han estado expuestos al virus", ha señalado Bill Anderson, presidente ejecutivo de Roche Farma.

## Investigación

## Europa aprueba un fármaco de GSK para el mieloma múltiple



La Comisión Europea ha concedido la autorización condicional de comercialización a GSK de Blenrep en monoterapia para el tratamiento del mieloma múltiple en pacientes adultos, que han recibido al menos cuatro terapias previas y cuya enfermedad es refractaria a un inhibidor del proteasoma, un agente inmunomodulador y un anticuerpo monoclonal anti-CD38, y que hayan demostrado progresión de la enfermedad en la última terapia. "La aprobación marca un avance importante para los pacientes en Europa, donde cada año se diagnostican casi 50.000 nuevos casos de mieloma múltiple. Desafortunadamente, la mayoría de estos pacientes recaerán o

dejarán de responder a las terapias actuales, por lo que me complace la noticia que hemos recibido, ya que se brinda a los pacientes con opciones de tratamiento limitadas acceso a la primera terapia anti-BCMA aprobada", ha comentado Hal Barron, Chief Scientific Officer y Presidente de I+D de GSK. La aprobación se basa en los datos del estudio pivotal DREAMM-2, que incluye datos de seguimiento de 13 meses. Estos datos demuestran que con el tratamiento con belantamab mafodotin administrado en monoterapia con una dosis cada tres semanas de 2,5 mg/kg se obtiene una tasa de respuesta global (TRG) del 32%.

## Profesionales

## Los enfermeros piden estar en los colegios por la epidemia



Padres, profesores, pacientes, algunos grupos políticos y por supuesto las asociaciones profesionales y el Consejo General de Enfermería reclaman la implantación de la figura de la enfermera escolar para poder garantizar mínimamente la salud y frenar las infecciones por coronavirus en el entorno escolar. Sin embargo, a días del inicio del curso, la amenaza de los rebotes sigue más viva que nunca por la ausencia de enfermeras escolares en muchos centros. Estas profesionales resultan cruciales para asegurar que se cumple con las medidas preventivas a la vez que realizan una labor de vigilancia epidemiológica de primer orden, para detectar a los

alumnos o profesores con síntomas, proceder al aislamiento y al rastreo de los contactos, además de lógicamente atender cualquier eventualidad en materia de salud que pueda surgir en el centro. En la fase previa a la apertura del curso, en medio de la incertidumbre que lo domina todo, los colegios que ya cuentan con enfermeras parten con ventaja. Esa enfermera escolar, como miembro de la comunidad educativa y personal sanitario cualificado, ocupará el rol de coordinador Covid, que es esencial en estos momentos para la planificación de la reapertura de los centros observando las medidas sanitarias pertinentes.

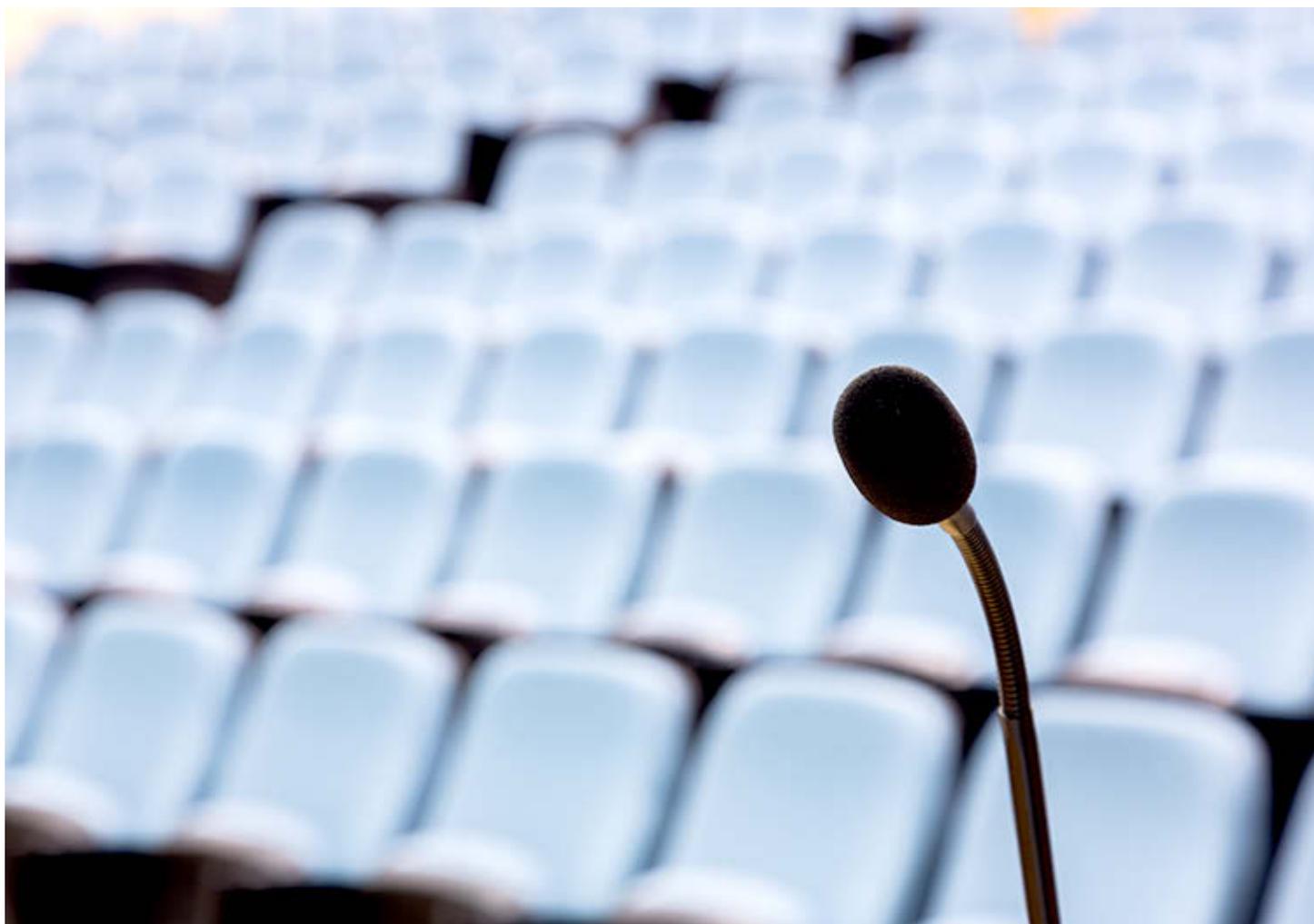


[fundacionidis.com](http://fundacionidis.com)

## Sanidad Privada. Siempre a tu lado.

En el sector sanitario privado hemos trabajado estos últimos meses de forma incansable, pero con la satisfacción de haber sido útiles. Estuvimos aquí y seguimos estando aquí. Siempre a tu lado. Con las mismas ganas, con el mismo compromiso. Y con la misma misión: caminando juntos, sumando esfuerzos es como conseguimos alcanzar los mejores resultados.

**#SiempreAtuLado**



Los fondos públicos para la formación médica continuada tendrían que sufragar la asistencia a reuniones científicas. iStock

## Formación continuada sin industria: entre la sorpresa y la incredulidad

Sociedades científicas, asociaciones de pacientes y la propia industria farmacéutica protestan el plan del gobierno de prohibir la financiación privada de las actividades formativas para profesionales sanitarios. Para algunos, en la práctica va a ser imposible implantar esa prohibición.

Belén Diego.

**E**l Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social aprobado en el Congreso de los Diputados incluye la prohibición expresa de que las compañías farmacéuticas financien la formación de los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes. Una de las respuestas más inmediatas al anuncio de la aprobación del dictamen, o al artículo 47.2 que contempla la prohibición, ha sido la de la AGP (Alianza General de

Pacientes). Antes de la aprobación del dictamen, en la AGP no se obtuvo respuesta a su petición de ser incluidos en las deliberaciones de la comisión. En el momento de imprimir estas líneas, el Ministerio tampoco ha respondido a la petición de una reunión urgente con sus representantes. La presidenta de la AGP, Pilar Martínez Gimeno, dice que sin el apoyo de la industria, las asociaciones están abocadas a desaparecer por falta de recursos.



Comisión para la Reconstrucción. EFE

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes ha denunciado que se continúe “silenciando” en la comisión la voz de las personas que padecen enfermedades. Su presidenta, Carina Escobar, ha lamentado que se haya dejado al margen a los más vulnerables y ha calificado de “triste” la aprobación, por el perjuicio que causará a las asociaciones de pacientes y a los más de nueve millones de personas que representan. El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS) ha tachado la medida de “injustificada”.

En varios encuentros científicos celebrados en los días siguientes muchos especialistas han pasado de expresar su sorpresa a mostrarse escépticos, puesto que el dictamen establece que los fondos para la formación tendrán que ser públicos. Dudan que jamás exista dinero para financiarla desde la Administración, así que el controvertido artículo y la prohibición quedarán en nada. La Federación de Asociaciones Científico Médicas (FACME) ha dicho que los fondos públicos no cubren siquiera las necesidades mínimas de los profesionales sanitarios.

El asunto también se ha abordado en algunas sesiones de los cursos de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) en Santander. Allí, la directora del Instituto de Salud Carlos III, Raquel Yotti, ha dicho que por mucho rechazo que haya suscitado la medida, “lo que se plantea desde el Congreso, de forma legítima, es que haya mecanismos para garantizar la transparencia”. La catedrática de economía Beatriz González ha sugerido que la industria en conjunto aporte un fondo para formación que se distribuya con criterios de interés científico desde una entidad independiente. “La industria debe poder



El dictamen se aprobó el 29 de julio. EFE

financiar la formación médica pero sin condicionar contenidos, plazos ni ponentes”, ha dicho. En otras sesiones se ha calificado la colaboración con la industria de “imprescindible”, y se ha hecho hincapié -con acuerdo generalizado- en la necesidad de que se lleve a cabo bajo el parámetro de la transparencia.

“Necesaria, legítima y transparente” son las tres palabras con las que la patronal farmacéutica ha definido la colaboración que se ha venido produciendo de forma histórica y ha contribuido a que los profesionales sanitarios mantengan su alta capacitación. En cuanto a los pacientes, Farmaindustria ha recordado que algunas de sus necesidades no están cubiertas por el sistema sanitario, de ahí que la legislación favorezca ayudas a estas organizaciones sin ánimo de lucro.

# Las farmacias ganan terreno como puntos de atención sanitaria

Con 30 millones de visitas solo en el mes de abril, los farmacéuticos consolidan su papel como asesores de salud para la ciudadanía en tiempos de incertidumbre y facilitan la administración de medicamentos en un entorno más seguro que el hospitalario en los peores momentos de la pandemia de Covid-19.

Belén Diego.



La farmacia, primera línea de atención para los pacientes. Europa Press

En su balance de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado el importante papel de los farmacéuticos. La distribución de las oficinas de farmacia por todo el territorio explica en parte la facilidad para que sea el primer lugar al que los ciudadanos acuden con dudas de salud. Cuando los centros de salud y los hospitales son “puntos calientes”, el farmacéutico es más que nunca la primera línea en la atención a muchas personas. No obstante, sus funciones han sido muchas más en estos meses, y tienen visos de ir a convertirse en tareas habituales. Una de ellas ha sido la distribución de medicamentos hospitalarios. Fue un paso que se dio en los tiempos de confinamiento pero que muchos abogan por mantener en vista de los resultados.

En principio, la autorización para distribuir estos medicamentos, normalmente reservados a la farmacia de hospital, fue un paso que dio el Ministerio de Sanidad para hacer compatible el aislamiento en el domicilio con el acceso a los tratamientos. Era un paso necesario particularmente ante pacientes de riesgo.

Eduardo Pastor, presidente de la cooperativa de distribución farmacéutica Cofares, lo explica en los siguientes términos: “No tiene ningún sentido que cualquier paciente, sobre todo en zonas rurales, se tenga que desplazar a hospitales para obtener medicación que está tomando en su propia casa. La farmacia tiene que evolucionar a ser un centro sanitario porque para eso los farmacéuticos son sanitarios y están suficientemente cualificados”.

Coincide plenamente con este planteamiento Jorge de la Puente, director de Ordenación, Farmacia e Inspección del Gobierno de Cantabria. En una conversación con El Economista en su despacho de Santander, de la Puente se refería a los farmacéuticos como “agentes sanitarios”. Recapitulando sobre los peores momentos de la crisis, alabó la colaboración de las farmacias (375 distribuidas por todo el territorio cántabro), la distribución y la administración. “Se produjo de forma extremadamente ágil y fue inmediata, y tuvo como resultado una adaptación de los canales de acceso al medicamento en un



Villanueva de la Cañada distribuyó mascarillas para los vecinos a través de las farmacias del municipio. Ayuntamiento Villanueva

esquema perfectamente controlado en términos de trazabilidad”, explicaba. Matizaba que hay algunos aspectos que podrían perfeccionarse de cara al futuro, y que en el momento no se abordaron por la urgencia de la situación, como la carga burocrática añadida sobre las farmacias de hospital. Asimismo, valora el espíritu colaborador de los profesionales de diferentes ámbitos durante la crisis como una prueba de que farmacéuticos de hospital y comunitarios pueden cooperar de forma armoniosa en beneficio de los pacientes a los que atienden ambos grupos profesionales.

En sus reflexiones sobre la crisis y la dispensación de medicamentos hospitalarios hay un matiz que hace pensar en una estrategia de futuro más que en una medida excepcional. Más que como una forma de “mantener a los pacientes alejados del hospital”, él se refiere a la posibilidad de “acercar los medicamentos al paciente”. Por eso sí se muestra partidario de prolongar este esquema en el futuro.

Solo contando los pacientes del Hospital Marqués de Valdecilla, en abril 1.656 personas se beneficiaron del programa de acceso a medicamentos de hospital en las oficinas de farmacia.

Otro balance con visos de orientación al futuro es el de Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOM): “Tenemos el mayor y mejor sistema farmacéutico de Europa, la red sanitaria de mayor capilaridad, con

profesionales sanitarios farmacéuticos en todos los lugares del país, capaces de ofrecer seguridad y tranquilidad a toda la población”. No se trata únicamente de que los farmacéuticos hayan estado en primera línea. “Es que nunca nos hemos movido. Si por algo nos caracterizamos los farmacéuticos es porque somos la profesión sanitaria más cercana a los pacientes, formamos parte de su día a día, y eso es una garantía de bienestar sanitario y social de enorme importancia”, ha declarado Aguilar.

# 52.000

farmacéuticos atendieron a 30 millones de ciudadanos durante el primer mes de confinamiento

Aguilar también ha dicho que los ciudadanos pueden tener la tranquilidad de saber que la farmacia comunitaria está preparada para “cualquier escenario”, una afirmación particularmente relevante a medida que nos adentramos en lo que parece una época crítica en términos de nuevos contagios.

Durante la primera oleada de la pandemia de Covid-19, os farmacéuticos realizaron más de 850.000 dispensaciones de medicamentos a domicilio y atendieron a más de dos millones de personas por vía telefónica. Pese a que cientos de farmacéuticos se contagiaron y 21 profesionales de este ámbito falle-

cieron, el 98,8% de las farmacias permanecieron abiertas en los peores momentos.

Otro de los ámbitos de actuación de la farmacia, al menos potencial, es el de la vacunación. Este año se ha previsto adelantar la campaña de vacunación contra la gripe en vista de que se va a solapar con los casos de Covid-19. Los españoles que se vacunan no llegan al 60%, según los datos del año anterior. La recomendación de la OMS es que lo haga el 75% de la ciudadanía.

Por eso recuerda Eduardo Pastor que el índice de vacunación de la gripe es mucho mayor en los países en los cuales se aprovecha el conocimiento de los profesionales de las farmacias comunitarias para administrar las vacunas.

Un reciente informe de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) recuerda que cada año podrían salvarse diez millones de vidas mejorando el acceso a los medicamentos y a las vacunas. En su análisis de la situación actual en 45 países, la adminis-

### El índice de vacunación de la gripe es mucho mayor cuando se colabora con las farmacias

tración de vacunas por parte de farmacéuticos podría beneficiar a 655 millones de personas.

En un curso recientemente celebrado en la sede de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) en Santander, expertos de la Sociedad Española de Inmunología, recordaban que, aunque es muy posible que no haya una vacuna eficaz disponible para prevenir la Covid-19 antes del invierno de 2021, otras vacunas que sí tenemos a nuestro alcance pueden tener una utilidad aún mayor en el contexto de la pandemia. Durante el encuentro de expertos y en la presentación posterior a los medios de comunicación los especialistas han explicado que al inducir la inmunidad adquirida, otras vacunas que sí están disponibles, como la de la gripe, ejercen una suerte de 'puesta a punto' de las defensas de nuestro organismo, que así están mejor preparadas para combatir otras infecciones.

En diversos encuentros científicos virtuales se ha puesto de nuevo sobre la mesa el papel de las farmacias comunitarias en el control de otros riesgos, como los cardiovasculares. José Antonio García Donaire, presidente de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) ha dicho que a la hora de controlar la hipertensión y fomentar el cumplimiento de la terapia es necesario apoyar la cultura sanitaria, y "aquí es donde el papel del farmacéutico es clave por su proximidad".



Los farmacéuticos fomentan el cumplimiento terapéutico. Cruz Roja Baleares



El 98% de las farmacias siguieron abriendo en los peores momentos. Getty



## PSN RC Profesional

El valor de un profesional  
está en sus decisiones

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

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



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

SEGUROS • AHORRO E INVERSIÓN • PENSIONES

910 616 790 · psn.es ·      

## Industria farmacéutica

## Ricardo Suárez, nuevo presidente de AstraZeneca



AstraZeneca España ha anunciado el nombramiento de Ricardo R. Suárez como nuevo presidente de la compañía. Suárez asume su nuevo cargo en una etapa clave para AstraZeneca, marcada por el lanzamiento posible de una vacuna contra el Covid y por el compromiso con la inversión en la investigación y el desarrollo de potentes innovaciones en sus tres áreas terapéuticas principales: oncología, cardiovascular, renal y metabolismo; y respiratorio. La compañía afirma que el nuevo presidente aporta una perspectiva única sobre el entorno externo y la tendencia a un enfoque de los pagos por valor. En palabras de Suárez, "estoy muy orgulloso de formar parte del equipo de AstraZeneca en España, uno de

los países más importantes para nosotros en cuanto a crecimiento empresarial. En un momento histórico y sin precedentes como el que estamos viviendo, asumo esta oportunidad como un gran reto y me comprometo a seguir trabajando para mantener este liderazgo y, lo que es más importante, para mejorar la vida de los pacientes". Por su parte, Eduardo Recoder, presidente de la compañía desde 2016, pasará a ser vicepresidente Comercial de Europa y Canadá y vicepresidente de Europa Occidental y del Sur tras varios años al frente del proceso de aceleración del crecimiento de la compañía en España. Recoder ya ocupó las presidencias de AstraZeneca en Portugal y Brasil.

## Pandemia

## Roche lanza un nuevo test de anticuerpos para el coronavirus



Roche ha lanzado un test rápido de anticuerpos SARS-CoV-2 en los países que aceptan el mercado CE. El lanzamiento es una asociación con SD Biosensor, con quien Roche tiene un acuerdo de distribución global. Este test está pensado para su uso en entornos POC y puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar a los pacientes que han desarrollado anticuerpos contra el SARS-CoV-2, lo que indica una infección previa. El test forma parte de la amplia gama de productos de diagnóstico de Roche para ayudar a los sistemas sanitarios a combatir la Covid-19, donde se incluyen soluciones moleculares, serológicas y digitales.

El Test Rápido de Anticuerpos del SARS-CoV-2 puede ser realizado por profesionales de la salud en una serie de entornos fuera de los laboratorios clínicos y cerca del paciente. Esto es beneficioso en situaciones en las que se necesitan decisiones rápidas, no se dispone de pruebas de laboratorio de SARS-CoV-2 o la toma de muestras capilar es preferible frente a una extracción de sangre venosa. Thomas Schinecker, CEO Roche Diagnostics, declaró que "tenemos la responsabilidad global de ayudar a gestionar mejor la crisis sanitaria y de proporcionar soluciones fiables a nuestros pacientes cuando y donde sea necesario".

## Economía

## Las exportaciones de medicamentos suben un 14,5%



Las exportaciones españolas de medicamentos batían su récord histórico el año pasado al superar por primera vez los 12.000 millones de euros: en concreto, las compañías farmacéuticas asentadas en España vendieron en 2019 a otros países por valor de 12.104 millones de euros. Esta positiva tendencia se mantiene en 2020. Según los datos de la Secretaría de Estado de Comercio, a través de su base de datos Datacomex, estas transacciones se incrementaron en el primer semestre de 2020 un 14,5% respecto al mismo periodo del año anterior. Como consecuencia de esta evolución, las exportaciones farmacéuticas han pasado de suponer el

4,0% del total de exportaciones nacionales a representar el 5,4% en 2020, una cifra que supera el 22% del total nacional si se tienen en cuenta únicamente las exportaciones de bienes de alta tecnología. Además, son las exportaciones que más crecen de toda la economía nacional y se convierten en el cuarto capítulo arancelario más exportado en nuestro país, tras automóviles, maquinaria y material eléctrico. Este crecimiento es una muestra de la contribución que realiza el sector a la economía española, especialmente importante en estos tiempos de crisis que vivimos, donde la industria ha sido considerado una actividad esencial.

EN LOS NEGOCIOS A VECES HAY QUE PRESUMIR  
**¿TU EMPRESA PUEDE?**



# III EDICIÓN CIEGE

CERTIFICADO INFORMA - ECONOMISTA  
A LA GESTIÓN EXCELENTE

**Una nueva oportunidad para evaluar tu gestión empresarial,  
potenciar tu imagen y hacer que los demás lo sepan.**

La III Edición de los CIEGE, acredita la gestión empresarial excelente. Está respaldada por el medio económico líder mundial en español, **elEconomista.es** y la empresa líder en información Comercial, Financiera, Sectorial y de Marketing, **Informa D&B**.

Haz el test gratis y descubre todas las ventajas en  
<https://excelencia-empresarial.eleconomista.es/>

Más información en  
900 103 020 | [clientes@informa.com](mailto:clientes@informa.com)



**Jordi Cano**

Investigador del Carlos III y tesorero de la SEI

## Una vacuna de hace 100 años para hacer frente a la Covid-19

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por una bacteria, *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta principalmente a los pulmones. Esta enfermedad que se transmite por el aire, cuando una persona con TB pulmonar tose, estornuda o habla, era junto con la neumonía la principal causa de muerte en 1900. La vacuna frente a la TB fue desarrollada a principios del siglo XX por Albert Calmette y Jean-Marie Guérin, de cuyas iniciales toma el nombre (BCG, bacilo de Calmette-Guerin).

La bacteria fue aislada a partir de la leche de una vaca infectada con tuberculosis que posteriormente fue cultivada en caldo de patata. Una vez comprobado que la bacteria no producía TB a los cobayas, ni a los conejos, caballos ni vacas la vacuna empezó a administrarse en humanos en 1921. En España Lluís Sayé, director del "Servei d'Assistència Social dels Tuberculosos" de la Generalitat de Catalunya, inició la vacunación en 1924 y en 1927 el Instituto de Higiene Alfonso XIII (actualmente el Instituto de Salud Carlos III) amplió la vacunación al resto del país. Actualmente, el BCG es una de las vacunas más utilizadas en el mundo, con más de 4.000 millones de personas vacunadas con BCG en todo el mundo y otros 100 millones de niños recién nacidos vacunados con BCG cada año.

Poco después de su administración se observó que los efectos beneficiosos del BCG fueron más allá de la enfermedad de la tuberculosis y numerosos estudios reportaron protección de la vacuna frente a enfermedades infecciosas no relacionadas. Carl Näslund, un médico sueco que fue responsable de la introducción de la BCG como prevención de la tuberculosis en el norte de Suecia, informó en 1932 que la BCG reducía la mortalidad infantil por causas no relacionadas con la tuberculosis. En palabras del Dr. Näslund: "Evidentemente, uno podría estar tentado de encontrar una explicación para esta mortalidad mucho menor entre los niños vacunados en la idea de que el BCG provoca una inmunidad no-específica..."

Desafortunadamente, estos hallazgos no se persiguieron científicamente y hubo que esperar hasta principios del siglo XXI para que estudios adicionales incidieran en que la vacuna del BCG reducía el 50% de la mortalidad infantil por infec-

ciones no tuberculosas debido a efectos benéficos no específicos. Mas recientemente, se ha establecido que la vacuna del BCG protege frente a varias enfermedades víricas como la gripe, fiebre amarilla, herpes simple, virus respiratorio sincitial y virus del papiloma humano.

La reducción de la infección y de la mortalidad mediada por el BCG es debido a la protección no específica contra agentes infecciosos no relacionados también llamada protección "heteróloga". En 2012, el laboratorio de Mihai Netea proporciono una explicación inmunológica de los efectos protectores inespecíficos del BCG5. Los investigadores reportaron que la vacuna del BCG provoca una reacción inmunitaria innata no específica frente al BCG esta caracterizada por cambios epigenéticos y metabólicos que aumentan la respuesta inmunológica frente infecciones posteriores. Este proceso de memoria del sistema inmune innato se ha denominado inmunidad entrenada. Un estudio reciente de Mihai Netea estableció la correlación entre la vacuna del BCG, la inmunidad entrenada y la protección frente a una infección vírica al reducir la vacuna del BCG la viremia del virus de la fiebre amarilla en humanos.

En términos generales, diversos estudios han documentado que los países con vacunación obligatoria contra el BCG tienden a tener un número sustancialmente menor de casos de coronavirus y menos muertes per cápita que los países sin vacunación obligatoria, y que la intensidad de la epidemia es menor en el caso de los países que comenzaron a vacunar antes.



## Estudios documentan que los países con vacunación obligatoria contra el BCG tienen menos casos de coronavirus

Un estudio reciente observó una fuerte correlación entre la vacuna del BCG y reducción de la mortalidad debido al Covid-19 en diferentes países europeos (10% de aumento en el índice BCG se asoció con una reducción del 10,4% en mortalidad de Covid-19), por lo que se ha sugerido que la vacunación con BCG podría tener un papel en la protección de trabajadores sanitarios de primera línea e individuos vulnerables a la infección por el virus SARS-CoV-2 que dan lugar a la enfermedad de la Covid-19.

En España hubo un programa nacional para la vacunación universal de BCG entre 1965 y 1981. Sin embargo, la vacunación se suspendió en Cataluña en 1974 cuando que en el País Vasco persistió hasta el 2013. Mientras que las tasas de infección y mortalidad de la Covid-19 son similares entre Cataluña y el País Vasco (hecho que puede tener que ver con que estas dos regiones fueron receptoras históricas de trabajadores de toda España), un estudio epidemiológico del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela de 2015 demostró los efectos protectores de la vacuna BCG contra las infecciones respiratorias en niños. En este estudio, el País Vasco registró menos tasas de hospitalización por enfermedades respiratorias y sepsis (40% y 35% respectivamente) que el resto de España.

Evidencias científicas recientes abogan a favor de la vacunación con BCG para salvar el período hasta que se desarrolle y produzca una vacuna específica contra el virus SARS-CoV-2 en individuos vulnerables. Sin embargo se necesitan ensayos clínicos aleatorios de mayor envergadura para estudiar los efectos de la vacunación con BCG en la morbilidad y la mortalidad debidas a la Covid-19.

En la actualidad se están realizando ensayos clínicos controlados aleatorios en los Países Bajos, Australia, Alemania, Grecia y Estados Unidos, para evaluar si la vacuna del BCG reduce la incidencia y la gravedad de Covid-19 (NCT04327206, NCT04328441, NCT01906853, NCT04348370, NCT04414267, NCT04387409). Cuando se publiquen los resultados de estos ensayos clínicos estaremos en una mejor disposición para valorar si la vacuna del BCG proporciona una protección no específica frente a la Covid-19 mientras se desarrolla una vacuna específica para la enfermedad.



## HOSPITALES SATÉLITE

**PMMT Arquitectura construye unidades flexibles y permanentes diseñadas para contextos urbanos densos y que darán apoyo continuado a la red sanitaria local en caso de emergencia**

Por elEconomista. Fotos: eE

### La iniciativa privada auxiliará al servicio catalán de salud ante la segunda oleada de Covid

**S**i en el contexto epidémico actual la demanda de camas de hospitalización y cuidados intensivos aumentase repentinamente, la infraestructura existente carecería de la flexibilidad necesaria para ampliar ágilmente y con seguridad su capacidad de atención hospitalaria. Consciente de ello, el Servicio Catalán de Salud ha previsto edificar en los próximos meses y vía adjudicaciones de urgencia hasta cinco infraestructuras nuevas adyacentes a hospitales de referencia, con el objetivo de fortalecer el sistema ante los futuros rebrotes de contagios. Estos nuevos equipamientos se edificarán aplicando la estrategia de la red de hospitales satélites I-Covid Compact, un proyecto codesarrollado por el Catsalut y por la empresa PMMT Arquitectura.

La realización de dos de estas nuevas infraestructuras, las ampliaciones del Parc Sanitari Pere Virgili (Barcelona) y del Hospital Arnau de Vilanova (Lleida), será llevada a cabo por dos equipos multidisciplinares liderados técnicamente por PMMT, una empresa local con

más de 25 años de experiencia en el diseño y la construcción de equipamientos hospitalarios de alta complejidad en África, Europa y Sudamérica. El modelo I-Covid Compact es un hospital satélite, flexible y permanente diseñado para contextos urbanos densos y que dará apoyo continuado a la red sanitaria local en caso de emergencia. Su modelo sigue las recomendaciones de la OMS sobre cómo diseñar infraestructuras de emergencia frente al coronavirus, ébola y demás epidemias.

Se trata de un edificio de nueva construcción con una capacidad máxima de 108 camas de UCI. Su diseño parametrizado y su ejecución con un alto contenido de fabricación off-site permite que el proceso de diseño y construcción se efectúe en tan solo cuatro meses. Cada planta de UCI tiene capacidad para entre 24 y 36 camas, ocupando una superficie de tan solo 972m<sup>2</sup>. Además, en situaciones de tregua, no será una inversión perdida, ya que puede readaptarse con mucha facilidad a otras necesidades sanitarias.