



ES

DIC 2017 - VOL. 12 Nº 5 / REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

€DS

REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

Director: Álvaro Hidalgo Vega

Comité Asesor

Carme Pinyol, *Presidenta del Capítulo Español del ISPOR*

Lluís Bohigas Santasusagna, *Economista*

Josep María Argimon i Pallàs, *subdirector general de CatSalud*

Pedro Gómez Pajuelo, *secretario general adjunto del Instituto de Salud Carlos III*

José Luis Poveda, *jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de La Fe de Valencia*

Concha Almarza, *directora general de IMS Health*

Antonio Nieto, *director de El Global*

Jorge Mestre-Ferrándiz, *director de Consultoría, OHE*

Una publicación de:



wecare-u.

Wecare-u. Healthcare Communications Group

Presidente Editor: Santiago de Quiroga Bouzo

Consejo de administración: Santiago de Quiroga,
Borja García-Nieto y Vicente Díaz

Director General Access Solutions y Farmacia: Jesús Castillo

Directora de Administración y RRHH: Tania Viesca

Controller: Severino Expósito

Área Public Affairs: Jorge Hinojosa y Ángela de Rueda

RRH: Patricia del Olmo

Área de Calidad: Almudena Díez

Área Médica: Gema Fernández

Sede:

WECARE-U HOUSE

C/ Barón de la Torre, 5. 28043 Madrid

Tel.: (+34) 91 383 43 24

wecare-u.com

Diseño: Tony Milanés

Directora de Arte y Diseño: Rosa Rodríguez

Coordinación de Diseño: Patricia del Olmo

Producción: Severino Expósito

Secretaría de redacción: Rocío Gómez-Cano

Fotografía: Carlos Siegfried y Jaume Cossials.

€DS está en trámite de indexación en los índices de Web of Knowledge, Medline/Publine y en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

Imprenta: iColor Servicios Gráficos Integrales

ISSN: 1579-5772

SVP nº. 371-R-CM

Depósito Legal: M-19.094-2002

redaccion@economiadelasalud.com

www.economiadelasalud.com

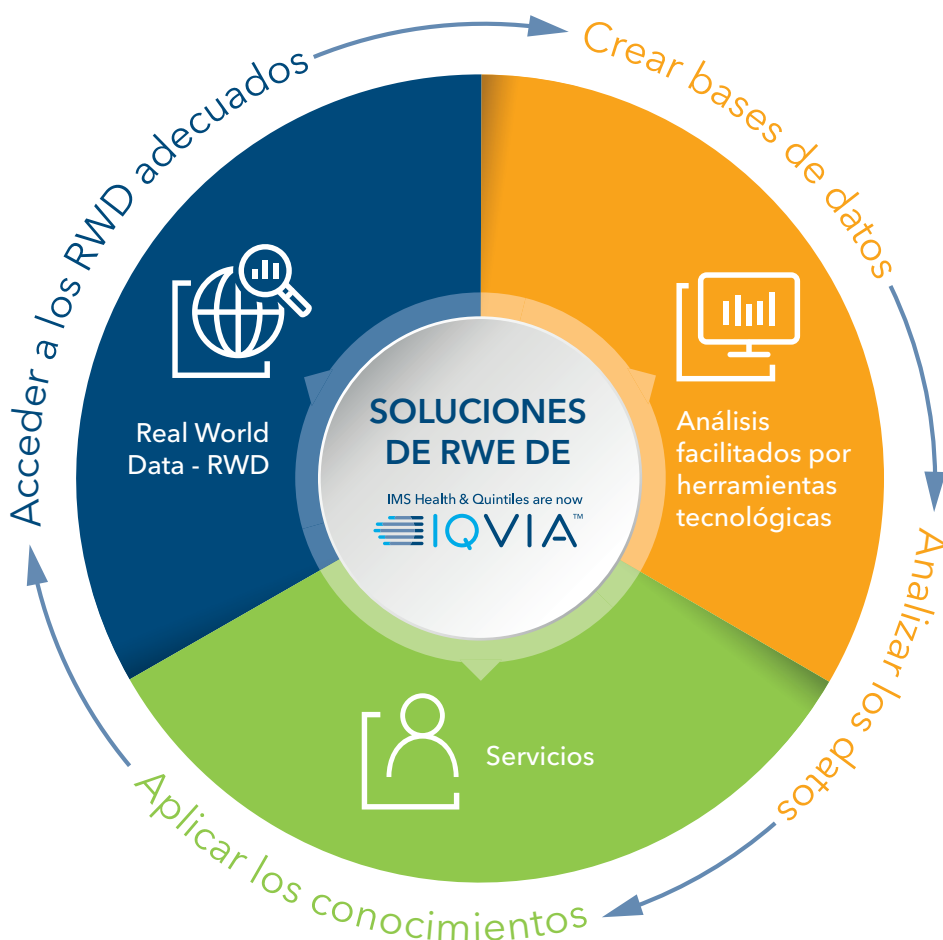
© Todos los derechos reservados 2017

Patrocinadores oficiales



SOLUCIONES DE EVIDENCIA DEL MUNDO REAL DE IQVIA

IQVIA está especialmente preparada para sostener todos los elementos del ecosistema de la **RWE**, un entorno en el que todos los componentes se unen para lograr una perspectiva coherente y profunda de lo que sucede realmente en la práctica clínica.





call for papers

Evaluación de
tecnologías sanitarias
Política sanitaria y
farmacéutica
Acceso al mercado
Outcomes Research
Real Data
Pricing

Los trabajos y demás
correspondencia editorial deberán
dirigirse a:

€DS
Revista Española de Economía
de la Salud



wecare-u.
healthcare communications group

C/ Barón de la Torre, 5.
28043 MADRID

redaccion@economiadelasalud.com
www.economiadelasalud.com

¿Cómo Presentar TRABAJOS ORIGINALES EN LA €DS?



La *Revista Española de Economía de la Salud* (€DS) va dirigida a los profesionales de la administración y gestión de servicios sanitarios; al personal asistencial de Atención Especializada y Atención Primaria; a los profesionales del sector farmacéutico; y a los investigadores en Economía de la Salud (ámbito académico, agencias estatales y consultorías).

Artículos Originales y de Revisión

Serán trabajos empíricos cuantitativos o cualitativos relacionados con Outcome Research, Pricing, Evaluación Económica, Farmacoeconomía, Pharmaceutical Policy y Economía de la Salud en general. Su enfoque podrá ser tanto aplicado como de carácter metodológico. Se presentarán bajo una estructura formal con los siguientes apartados: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Referencias. Los requisitos de uniformidad se basarán en las Normas de Vancouver.

La revisión será en primera instancia interna. Posteriormente, se llevará a cabo la revisión por pares con referees externos y anónimos; a final de año se publicará la lista de *referees* colaboradores.

Proceso Editorial

La EDS llevará a cabo los siguientes pasos en el proceso a seguir desde la recepción de un manuscrito hasta su publicación en la revista:

- Recepción del manuscrito y acuse de recibo. Fecha y número de registro.
- Envío a los revisores en forma anónima (miembros del Consejo Asesor y/o evaluadores externos).
- Envío al autor del juicio del director junto con los comentarios de los evaluadores.
- Envío a uno de los evaluadores de la segunda versión modificada del original.
- Aceptación del manuscrito para su publicación. Se comunicará al autor.
- Corrección de pruebas (galeradas) por la Secretaría de Redacción y los autores.

Los artículos de investigación original podrán presentarse en dos idiomas: español e inglés. El tiempo medio desde la aceptación hasta su publicación será de ocho semanas.

Requisitos PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS

Todos los trabajos remitidos se adaptarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" (normas de Vancouver). La última versión de las normas de Vancouver se encuentra disponible en <http://www.icmje.org/>. Todos los originales aceptados quedan como propiedad permanente de la Revista Española de Economía de la Salud y no podrán ser reproducidos, en parte o totalmente, sin permiso escrito de la misma. El mecanografiado de los trabajos se hará en hojas DIN-A4 (210 x 297 mm) a doble espacio (30 líneas aproximadamente). Los originales no deben superar las 16 páginas, que irán numeradas correlativamente. El artículo será remitido vía correo electrónico a la dirección: originales@economiadelasalud.com.

Los artículos publicados en la €DS reflejan la opinión de sus autores. Wecare-u, empresa editora, no se responsabiliza ni está de acuerdo necesariamente con los criterios y afirmaciones expuestas.

Conflicto DE INTERESES

En aras de la transparencia y para ayudar a que los lectores puedan juzgar las publicaciones, los autores deben declarar si existen o no intereses económicos en relación con el trabajo descrito. Esta información debe ser incluida en la carta de presentación y la portada del manuscrito. En los casos donde los autores declaren un interés financiero, una declaración a tal efecto será publicada en el artículo. En caso de que no exista tal conflicto, los autores no tienen nada que declarar.

A los efectos de esta declaración, se definen los intereses de carácter financiero que, a través de la potencial influencia en por contenido o percepción de influencias, podrían socavar la objetividad, la integridad o el valor percibido de la publicación. Estos aspectos incluyen:

- Financiación: Apoyo a la investigación (incluyendo salarios, equipos, materiales, pagos por asistir a simposios, y otros gastos) por parte de organizaciones que puedan ganar o perder financieramente a través de esta publicación. El papel del organismo de financiación en el diseño del estudio, la recogida y el análisis de los datos y decisión de publicar deberá indicarse.
- Empleo: reciente (mientras se dedica a la investigación), empleo actual o anticipado por cualquier organización que pueda ganar o perder financieramente a través de esta publicación.
- Intereses financieros personales: Las acciones o participaciones en empresas que puedan ganar o perder financieramente a través de la publicación; honorarios de consulta u otras formas de remuneración de organizaciones que puedan ganar o perder financieramente; patentes o solicitudes de patentes cuyo valor pueda verse afectado por publicación.

El conflicto de intereses de divulgación debe de aparecer en la carta de presentación, en la presentación de manuscritos y antes de la sección de referencias del mismo.



Carta del director

Actualidad

Difusión

Análisis

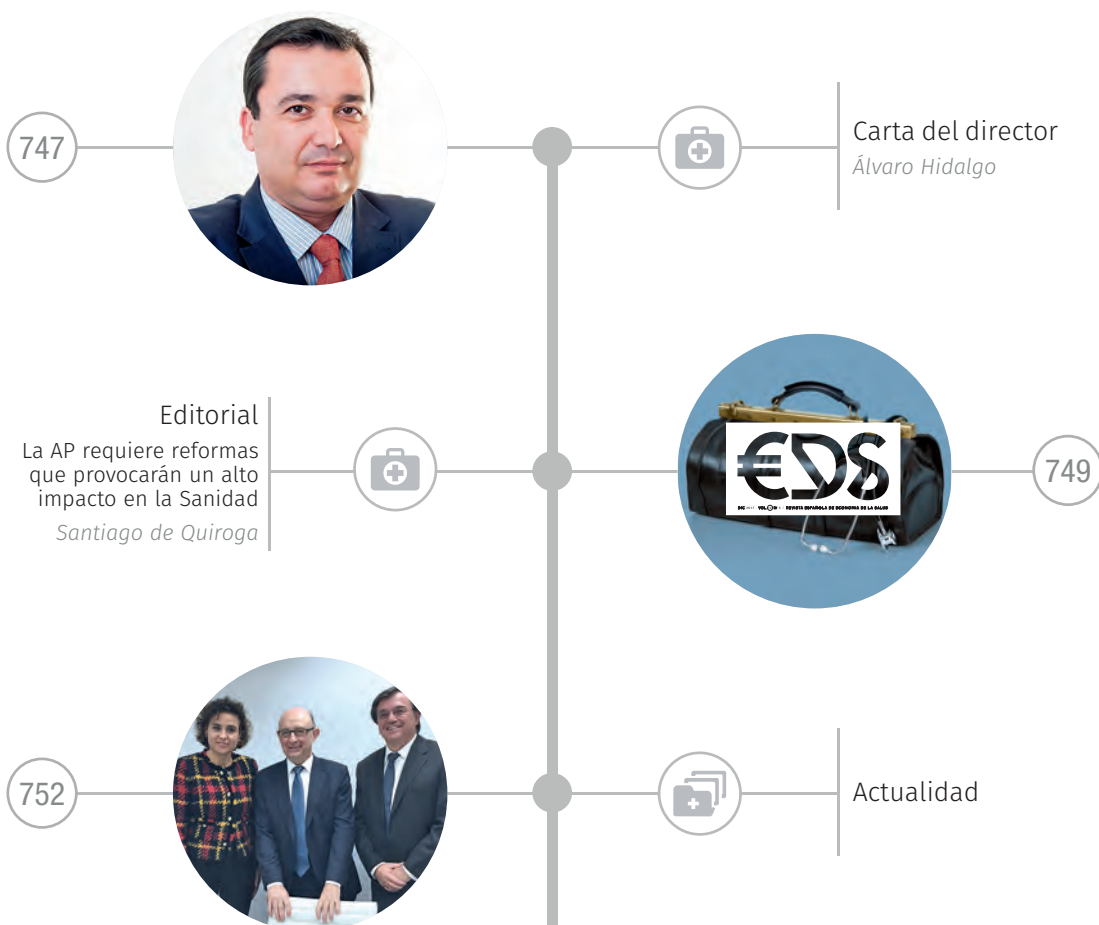
Reportajes

Entrevistas

Originales

Fichas de Formación

índice



Difusión
La puerta de los sistemas
sanitarios, abierta al
paciente oncológico
Juan Pablo Ramírez



758

768



Difusión
Centrándonos en la
homosfera del paciente
crónico, el emocionante
inicio de una gran
aventura
Julio Zarco Rodríguez

Difusión
La investigación
traslacional: ¿Un viaje de
ida y vuelta?
Carmen López



776

788



Difusión
La farmacia, un 'oasis'
frente a la
insostenibilidad
*Alberto Cornejo, Enrique
Campillo*

Difusión
La apuesta andaluza por
renovar la Atención
Primaria
Esther Martín del Campo



798



806



Difusión

Nuevo modelo de gestión para el manejo de la diabetes

Sandra Pulido

Entrevista
Raúl Díaz-Varela
Presidente de AESEG
Mar Barberá



812

826



Análisis

La recertificación-reacreditación: un reto económico asumible para tiempos de cambio de concepto del desarrollo profesional

Pilar Rodríguez Ledo

Análisis
De evidencias, hablamos...
Salvador Tranche



834

840



Análisis

El camino hacia una gestión integral de la cronicidad

Guillermo Pombo

Análisis
Gota: una oportunidad de intervención en salud
Fernando Pérez Ruiz y Agustín García Rico



848

858



Entrevista
Jesús María Fernández
Portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Congreso
Javier Ruiz-Tagle

Reportaje
La AGP presenta un plan estratégico que refuerza el papel central de los pacientes
Esther Martín del Campo



872

880



Reportaje
Retos, redes y resultados, en el Congreso de Farmacia Hospitalaria
Juan Pablo Ramírez

Originales
Análisis del impacto presupuestario de enzalutamida en cáncer de próstata metastásico resistente a la castración no tratado previamente con quimioterapia
Carlos Rubio-Terrés, Darío Rubio-Rodríguez



890



carta del director



Álvaro

HIDALGO

Director de la EDS

El presente número de **EDS** se centra en la atención primaria. De esta forma, queremos enfatizar el papel crucial que tiene la atención primaria en la viabilidad y la sostenibilidad del sistema y a la vez dar cabida a este ámbito asistencial dentro de nuestra publicación. A lo largo del número existen varios ejes vertebradores que aparecen en todos los artículos como son la cronicidad, el envejecimiento, la multidisciplinariedad y la preocupación por la humanización de la asistencia.

En varios artículos se resalta la evolución de la epidemiología y de los patrones de mortalidad y

morbilidad a lo largo de finales del XIX hasta nuestros días, lo que se ha traducido en una disminución relativa del peso del paciente agudo a favor del paciente crónico. Sin embargo, nuestros Sistemas nacionales de Salud todavía están excesivamente centrados en el enfermo agudo donde el hospital se erige como el centro del sistema. Sin embargo, la cronicidad se está revelando como el verdadero desafío de los sistemas de salud del siglo XXI, ya que es el principal generador de coste. Por este motivo el papel de la asistencia primaria se convierte fundamental con la participación de todos sus profesionales: pacientes, médicos, farmacéuticos, enfermería, gestores y farmacia comunitaria.

A lo largo del número se desgana la reforma de la atención primaria en Andalucía, pasando por las incoativas en Madrid y Castilla-La Mancha de humanización de la asistencia o las reflexiones sobre la formación de los profesionales sanitarios y su impacto económico. Del mismo modo las reflexiones de las distintas sociedades científicas implicadas en la atención primaria son especialmente relevantes y enfatizan el enfoque holístico y multidisciplinar. Del mismo modo el papel de la primaria está presente las reflexiones del portavoz de sanidad del PSOE en el congreso, Jesús maría Fernández, enriquecidas por su experiencia en el País Vasco, una de las comunidades que han hecho de la gestión de la cronicidad uno de sus principales pilares estratégicos. Por último, destacar el artículo en el que se muestran las iniciativas CGCOF para hacer que la farmacia comunitaria sea uno de los principales referentes de la asistencia sanitaria, aportando valor no sólo en la dispensación farmacéutica sino en la gestión del paciente y en la medición de resultados en salud coordinadas con el resto de profesionales: farmacéuticos y médicos de Atención Primaria principalmente.

Espero que este número final de año sirva para hacer una reflexión sobre aspectos que son fundamentales para conseguir mantener la excelencia de nuestro Sistema nacional de Salud, aspecto que pasa por incorporar la visión y necesidades de los pacientes, por el reconocimiento de la labor de la atención primaria y por la adecuada motivación de todos sus profesionales.



editorial



Santiago de QUIROGA

Editor de la EDS
@SantideQuiroga



ATENCIÓN PRIMARIA

Volumen 12, número 5. Año 2017.

La atención primaria se enfrenta al reto de asumir una mayor carga asistencial, siendo la barrera de entrada al sistema sanitario. Para ello, debe hacer frente a las necesidades en materia de recursos humanos, de infraestructuras, la cronicidad, la coordinación con la especializada o la formación, entre otros asuntos. Sólo será posible mejorar la asistencia sanitaria si la Atención Primaria se potencia.

La AP requiere reformas que provocarán un alto impacto en la Sanidad

La Atención Primaria (AP) suele pasar a un segundo plano en asuntos de economía de la salud, cediendo ante la necesaria especialización de los costes y los resultados en salud. Pero la AP también se ocupa de las patologías crónicas con un profundo conocimiento de éstas, que resulta un complemento imprescindible de la atención especializada. Un paciente crónico y complejo necesita una adecuada coordinación entre el primer nivel asistencial y el hospitalario. De hecho, algunas comunidades, como Madrid, han creado la figura del director de continuidad asistencial, que desarrolla una importante tarea.

Los aspectos críticos de la AP son varios e incluyen la carencia de visibilidad y reconocimiento para los pacientes, que escogen las urgencias hospitalarias, la mayoría de las veces sin ser necesario. El médico de familia, sin embargo, goza de un elevado reconocimiento entre la ciudadanía, como contraste. La AP no está recibiendo las mismas inversiones que la especializada u hospitalaria, y su refuerzo es vital para el buen funcionamiento de ésta. El paciente crónico supone un 80% del gasto sanitario total, y los ingresos hospitalarios se siguen produciendo en la misma proporción que hace una década. Es necesario avanzar y plantear estrategias que incluyan las cuestiones mencionadas. Andalucía ha puesto el cascabel a un reto pendiente de la sanidad española y de la andaluza. Sus propuestas estratégicas se analizan en este número de la EDS.

En el terreno de la farmacia y la AP, la SEFAC (farmacéuticos comunitarios) ha establecido una hoja de ruta en colaboración con SEMERGEN, SEMFyC y SEMG que supone un respaldo a la necesaria colaboración entre la farmacia comunitario y los médicos de familia. La visión de estas tres sociedades científicas nos adentra en la cronicidad, la formación y capacitación y la necesaria inversión en la AP, que en los últimos años ha visto mermado su presupuesto en un 13,2%. Para establecer una política de personal adecuada, a las puertas de jubilaciones masivas, la AP necesita más recursos.



ACTUALIDAD



PACTO PIB

Farmaindustria, Sanidad y Hacienda renuevan el Convenio por la Sostenibilidad y la innovación

La ministra de Sanidad, Dolors Montserrat, el ministro de Hacienda, Cristóbal Montoro y el presidente de Farmaindustria, Jesús Acebillo, han renovado el Convenio de Colaboración entre el Gobierno y la patronal de la industria innovadora y que tiene como objetivo garantizar el acceso de los ciudadanos a las innovaciones terapéuticas en condiciones de “equidad” y, al mismo tiempo, garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Se trata, tal y como ha recordado el ministro de Hacienda, de una autorregu-

lación, una iniciativa que el Gobierno está experimentando y que está demostrando que es un sistema “eficaz” y genera resultados “muy positivos”. Por ello, ha reconocido no entender los motivos por los que otros proveedores de salud no se adhieran a esta autorregulación así como algunas comunidades autónomas.

Montoro ha explicado que se está “fortaleciendo” el SNS y de que el coste que ha supuesto a las arcas del Estado en el ejercicio de 2017 ha sido de 70.000 millones de euros, un presu-

puesto que “no es nada caro” en términos de eficiencia económica.

Estas declaraciones han sido corroboradas por la ministra de Sanidad quien ha destacado el “importante” papel que juega la industria farmacéutica en España al ser un “aliado estratégico” para la sociedad y para el SNS.

Por todo ello, Jesús Acebillo ha agradecido a Montoro y Montserrat su “sensibilidad y acierto” para encontrar una solución al “grave” problema fiscal que con esta iniciativa podría haberse generado.



EL GASTO EN HEPATITIS C SUPERA LO PREVISTO EN EL PLAN NACIONAL DE ABORDAJE

Los datos hechos públicos por el Ministerio de Hacienda del gasto hospitalario en productos farmacéuticos y sanitarios acumulados hasta el mes de octubre han revelado que el gasto en medicamentos para la hepatitis C ha alcanzado los 211 millones de euros. Por tanto, se han superado los 200 millones de euros previstos para 2017.

En cuanto al gasto hospitalario en productos farmacéuticos y sanitario, se han alcanzado los 17.759 millones

de euros. En concreto, 5.215 millones corresponden al gasto farmacéutico, lo que supone un incremento del 2 por ciento en relación al mes anterior y un 6,1 superior si no se tiene en cuenta la inversión realizada en medicamentos para la hepatitis C.

En cuanto al gasto farmacéutico hospitalario por comunidades autónomas hay que desatacar el descenso del 11,2 por ciento experimentado por La Rioja en relación al mismo periodo del año anterior.

SOSTENIBILIDAD

Los biosimilares permitirán un ahorro de 1.965 millones hasta 2020



El Ministerio de Sanidad acogió la presentación del 'Libro Blanco de los Medicamentos Biosimilares en España: Innovación y Sostenibilidad' con el objetivo de orientar a todos los actores involucrados en el manejo de los biosimilares. Esta segunda edición, que ha sido llevada a cabo con la colaboración de Sandoz, incorpora todas las actualizaciones relevantes en el ámbito de los biosimilares y da respuesta a la demanda de información por parte de los profesionales sanitarios. Joaquín Rodrigo, director general de Sandoz y presidente de Biosim, puso de manifiesto el compromiso de su compañía con la integración de los biosimilares como alternativa terapéutica de valor: "estamos convencidos de que el impulso de los biosimilares es una de las principales vías para favorecer el acceso a la innovación y la sostenibilidad del sistema".

El mercado de los biosimilares se encuentra en plena expansión y desarrollo y se han producido importantes acontecimientos que han influido de forma decisiva en los últimos años. Tal y como señaló Rodrigo, "a pesar de su breve trayectoria, están avanzando a un ritmo acelerado y

están impulsando un cambio de paradigma tanto en el desarrollo científico, como en la práctica clínica, así como en el acceso a las terapias biológicas".

Rodrigo explicó también que "el Libro Blanco incorpora todas las novedades relevantes como son la aparición de los anticuerpos monoclonales biosimilares, así como los retos y desafíos que suponen desde el punto de vista de la regulación y la aplicación clínica de los mismos. Además, plantea la importancia de agilizar la normativa nacional en cuanto a aspectos como la intercambiabilidad o la sustitución".

El Libro Blanco recoge las principales conclusiones de un modelo de estimación sobre la contribución presente y futura de los biosimilares a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que plantea un análisis retrospectivo según el cual se estima que el ahorro generado en el SNS español por la introducción de los biosimilares en el período 2009-2016 ascendió a 478 millones de euros¹. Así mismo, un análisis prospectivo establece que la contribución de los biosimilares en el período 2017-2020 ascendería a 1.965 millones de euros de ahorro.



JORDI MARTÍ REPITE COMO PRESIDENTE DE ASEBIO AHORA CON FERRER

Los miembros de la Asociación Española de Bioempresas (Asebio) han elegido de nuevo a Jordi Martí como su presidente para los próximos dos años.

Tras la aprobación y el voto de la Asamblea, Ferrer, representado por Jordi Martí, consejero de la compañía, obtiene la presidencia de Asebio por primera vez. Hay que recordar que durante el primer mandato de Martí como presidente representaba a Celgene. Junto al nuevo presidente de Asebio han sido elegidos como vicepresidentes Carlos Buesa, director general de Oryzon Genomics; Carmen Eibe, directora del departamento de coordinación de proyectos de PharmaMar; y Daniel Ramón, consejero delegado de Biópolis. Además, en la Asamblea General de Asebio se han renovado 11 vocalías siendo los vocales que pasarán a ocupar su puesto en la Junta: 3P Biopharmaceuticals, Ability Pharma, ATRYS, Ayming, Bayer, CRB Inverbio, Nanoimmunotech, IMGenetics, Merck, AbbVie y Viviva Biotech.

Las vocalías que no finalizan su mandato y que por lo tanto continúan son AB Biotics, Esteve, Grifols, Ingenasa y MSD.



ANTIBIÓTICOS

España ha destinado dos millones de euros al Plan Nacional de Resistencias

España se encuentra a la cabeza de los países que más abusan de los productos antibióticos

España ha invertido alrededor de dos millones de euros en el Plan Nacional contra las Resistencias antimicrobianas (PRAN). A esta cifra hay que añadir la inversión que ha hecho cada comunidad autónoma en los programas de optimización del uso de los antibióticos (PROA), así como en los proyectos hospitalarios Zero. La directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps), Belén Crespo, dio a conocer el desembolso realizado hasta la fecha en el décimo aniversario del Uso Prudente de los Antibióticos.

Crespo hizo una revisión de los últimos avances del PRAN, tomando como hilo conductor “todavía queda mucho camino por recorrer”. Los últimos datos registrados aseguran que las muertes en España por las infecciones relacionadas con las resistencias fueron en 2015 de 2.837 personas. “O tomamos las medidas oportunas, o en 2050 en España podríamos tener unos datos devastadores”, indicó.

Lo cierto es que España sigue a la cabeza de países en el consumo de antibióticos. Esta es la prioridad principal de la estrategia además de la formación. Crespo adelantó que a través de unas competencias básicas y avanzadas en la Comisión Nacional de la Especialidad se acercarán los PROA a los profesionales.

En cuanto acciones concretas, el ministerio está poniendo el foco en potenciar el uso prudente de antimicrobianos en los diferentes niveles asistenciales. Por ello, se han creado grupos de trabajo en primaria y especializada. Asimismo, además de la formación en los PROA, Sanidad tiene previsto incorporar en el nuevo modelo de formación especializada competencias relativas al uso de antibióticos. Como adelantó Crespo se hará en el tronco común.



SORCOM

Los reumatismos cuestan 10.000 millones de euros



El coste de la discapacidad de las enfermedades reumáticas supone 10.000 millones de euros en los Presupuestos Generales del Estado (PGE). “Las enfermedades músculo-esqueléticas son en su conjunto la principal causa de discapacidad tanto en España como en Europa”, señaló Luis Rodríguez, portavoz de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (Sorcom), durante el congreso anual de esta sociedad. “Las partidas presupuestarias para el pago

de estas discapacidades temporales fue de 12.000 millones de euros. A esta cantidad le podemos sumar otros 8.000 millones procedentes de las empresas; es decir, 20.000 millones. De esta cifra, un 25 por ciento correspondería al pago de discapacidades temporales de causa músculo-esquelética, unos 5.000 millones anuales, a los que podríamos sumar otros 5.000 millones de euros por discapacidades permanentes por esta misma causa”, insistió Rodríguez.

LAS CC.AA. TRASLADARÁN SUS PROPUESTAS SOBRE FINANCIACIÓN

Abordar la financiación sanitaria era el primer reclamo de la mayoría de las autonomías en el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. “El Fondo de Cohesión Sanitaria debe estar debidamente asentado en los Presupuestos Generales del Estado (PGE)”, indicó a la entrada del cónclave la consejera de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Carmen Montón, que lamentó la no implementación del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), incluido en el Real Decreto 16/2012.

En esta línea, su homólogo vasco, Jon Darpón, aseguró que “esperaban un Consejo extraordinario” sobre financiación “ya que es un tema que no se puede seguir posponiendo”. A la llegada al Ministerio de Sanidad los consejeros recordaron la promesa de ese prometido encuentro extraordinario, algo a lo que se comprometió Dolors Montserrat.



EL ACCESO A LA INNOVACIÓN, AL SENADO

La ministra de Sanidad, Dolors Montserrat, ha visto con buenos ojos la iniciativa del Senador de UPN, Francisco Javier Yanguas, de realizar una ponencia de estudio para analizar la variabilidad e inequidades en el acceso a los medicamentos oncológicos en los diferentes hospitales de las comunidades autónomas. La iniciativa se pondría en marcha una vez que finalice en esta cámara la ponencia para el abordaje de la medicina de precisión.



Artículos de

DIFUSIÓN



La puerta de los sistemas sanitarios, abierta al paciente oncológico

JUAN PABLO RAMÍREZ

Redactor jefe de Gaceta Médica

El incremento de la prevalencia del cáncer en los últimos años y el aumento de largos supervivientes han provocado que la mayoría de los sistemas sanitarios comiencen a replantearse el abordaje del cáncer. Expertos han advertido del papel que la atención primaria, la puerta de entrada del sistema sanitario, puede jugar en el diagnóstico de determinados tipos de tumores, así como un seguimiento de los pacientes en tratamiento y de los supervivientes. El objetivo es garantizar el bienestar de las personas que sufren o han sufrido estas patologías, así como orientar el modelo actual hacia la eficiencia.

KEY WORDS: Cáncer, atención primaria, tumor, oncología, largos supervivientes, diagnóstico, tratamiento.

La estrategia contra el cáncer ha comenzado un giro de 180 grados en los sistemas sanitarios. La necesidad de reforzar las medidas de prevención y de diagnóstico rápido ha provocado que la atención primaria cobre un mayor protagonismo en la lucha contra esta enfermedad, que supone en la actualidad un alto coste para las principales economías mundiales. Así se pone de manifiesto en el artículo 'The expanding role of primary care in cancer control', publicado en The Lancet Oncology, en el que han participado expertos de atención primaria y profesionales de salud pública con experiencia en cáncer, desde epidemiólogos, psicólogos, decisores sanitarios y especialistas en oncología.

Estos expertos coinciden que el cambio ya se ha comenzado a producir con resultados positivos. Hasta el momento, el control del cáncer se había llevado a cabo a través de intervenciones tecnológicamente avanzadas y centradas en la enfermedad orientadas a la curación o a la prolongación de la vida. Ya no es necesariamente así. La salud pública ha puesto el foco en la advertencia sobre hábitos poco saludables, los programas de 'screening' y el diagnóstico precoz. (Figura 1).

El riesgo de sufrir un cáncer se sitúa en la actualidad en el 50 por ciento debido al incremento de la incidencia de esta enfermedad. Factores ambientales, hábitos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población han motivado este crecimiento. Pero al tiempo que aumenta la prevalencia, también lo hace la supervivencia a 10 años. Si en la década de los 70 una de cada cuatro personas sobrevivían a un cáncer, ahora lo hace una de cada dos. La Sociedad del Cáncer holandesa ha pronostica-

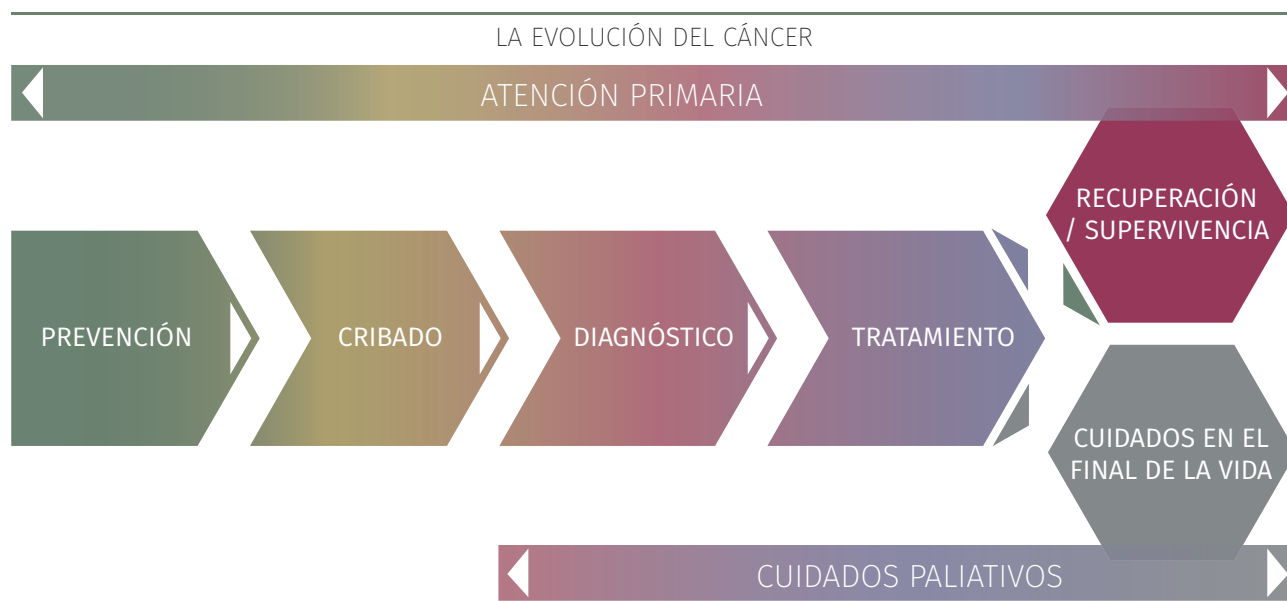
do un incremento de la supervivencia del 61 por ciento entre 2010 y 2020.

Se estima que un médico de atención primaria con 2.000 pacientes pueda diagnosticar entre seis y ocho casos de cáncer al año, una cifra comparable a la de diabetes mellitus tipo 2 o a infartos. La diferencia es que el cáncer es una entidad heterogénea y que el médico de primaria solo puede detectar un caso de cada cáncer común: pulmón, colorrectal, próstata, mama... Sin embargo, el número de pacientes con cáncer bajo el seguimiento de este médico de atención primaria con un cupo de 2.000 pacientes es mayor y podría llegar a los 70 al año, una cifra que podría duplicarse en 2040.





FIGURA 1



Fuente: The Lancet Oncology.

PROGRAMAS DE SCREENING

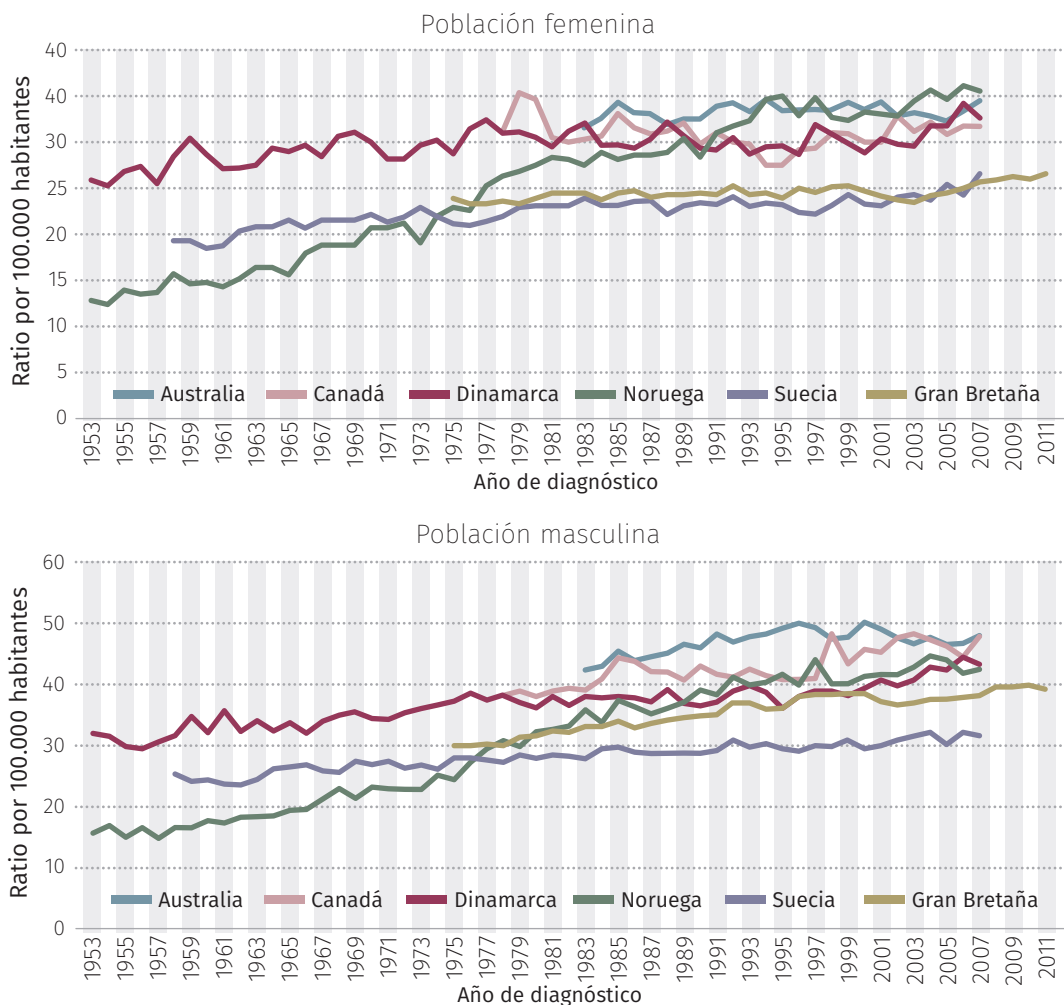
En la actualidad, un pequeño número de tumores son detectados en programas de screening. En España como en el resto de países occidentales son principalmente, mama, colorrectal y cérvix. Existen diferencias entre los países donde este tipo de programas puede funcionar mejor. En este sentido, el médico de primaria juega un papel fundamental, ya que cuenta con información genómica, historia familiar y estilo de vida, entre otras cuestiones. Este conocimiento le permite la posibilidad de personalizar los mensajes, en un contexto clave marcado por la medicina personalizada o de precisión.

¿Pero cómo pueden involucrarse los médicos de primaria en los programas de cribado? El informe pone el caso del cáncer colorrectal (Figura 2). Se trata de un ejemplo que podría reducir la mortalidad a largo plazo. El objetivo se dirige a personas sanas pero que tienen un riesgo de padecer la enfermedad, debido a la edad, como los mayores de 50 años.

Determinados países han puesto en marcha estrategias para la derivación de pacientes con síntomas claros para una evaluación

FIGURA 2

EL AVANCE DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL



Fuente: The Lancet Oncology. 'The expanding role of primary care in cancer control'

Pero para conseguir una reducción significativa de casos de cáncer resulta imprescindible que participen el mayor número de pacientes posible. La implicación de primaria serviría para incrementar los ratios de cribado.

El médico de primaria se guía en multitud de ocasiones a través los síntomas que presenta el paciente. En el caso de tumores que presentan síntomas claros como mama o cáncer, un médico de primaria puede necesitar una o dos

consultas en derivar al paciente. En otros más complejos como páncreas, mieloma o pulmón puede necesitar incluso más de tres consultas antes de dirigirlo al hospital. En estas personas la pérdida de tiempo puede suponer un problema irreparable.

Por este motivo determinados países han puesto en marcha estrategias para la derivación de pacientes con síntomas claros para una evaluación. Al mismo tiempo, se estudian



vías para detectar y transferir estos pacientes asintomáticos. El Instituto Nacional de Salud británico (NICE, por sus siglas en inglés), de hecho, ha actualizado sus guías en las que ha establecido el riesgo en adultos en el tres por ciento, cifra que podría duplicar el número de pacientes derivados con síntomas sutiles o signos de cáncer.

En el último congreso de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO, por sus siglas en inglés), su presidente, Josep Taberner, anunciaba que a partir de 2025 comenzará a reducir la incidencia de cáncer en 2025. Existen ya experiencias en primaria que han permitido reducir factores de riesgo, como el tabaco y el abuso del alcohol. También han implementado estrategias para la prevención de la obesidad y el fomento de la actividad física. En este sentido, el médico de cabecera ha sido una herramienta clave en la prevención primaria.

Dado que en atención primaria un importante número de tumores se diagnostican a causa de los síntomas, los especialistas consideran necesario implementar estrategias para reducir el tiempo de espera antes de ser derivado al especialista. Muchas veces el retraso lo provoca el propio paciente. Diferentes estudios apuntan a tres causas fundamentales: el no reconocimiento de los síntomas, el miedo al diagnóstico del cáncer o la resistencia a interactuar con primaria. Sin embargo, como pone de manifiesto el informe la recolección de datos relacionados con la historia familiar. De ahí la importancia de diseñar estrategias que integren a primaria.

DIAGNÓSTICO EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS

El diagnóstico temprano de la enfermedad se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios. Uno de los principales retos es su aplicación niños, adolescentes y jóvenes adultos. Existe cierta controversia que recogen distintos sobre el impacto de la duración del diagnóstico y la supervivencia. En casos como las leucemias infantiles la relación es alta. Sin



embargo, otros estudios muestran que un diagnóstico rápido está relacionado en multitud de ocasiones con tumores agresivos, que suelen traducirse en la muerte del paciente.

A pesar de estas circunstancias, el cáncer infantil es poco común, aunque también es cierto que es una de las principales causas de enfermedad relacionada con la muerte.

En este caso el rol de primaria varía según el país. En un importante grupo de países, estos pacientes son atendidos por primera vez por el pediatra. En otros, es el médico de cabecera, como es el caso de Reino Unido o de Dinamarca. Entre los tumores infantiles son pocos los que el médico de primaria puede diagnosticar. Existen excepciones como el sarcoma óseo a través de una prueba de rayos X o una leucemia en un análisis de sangre. El resto deben ser diagnosticados por un especialista.

En el caso de los adultos la situación es diferente y los síntomas pueden conducir a un diagnóstico en una consulta de atención pri-



maria. Los síntomas más comunes suelen ser de tipo respiratorio, músculo esquelético y gastrointestinal. Una de las cuestiones clave es el establecimiento en las guías de proceso de derivación de pacientes cuando haya sospechas de cáncer. El desarrollo de planes para la comprensión de la sintomatología, así como el desarrollo de herramientas y modelos de riesgo en cáncer resultaría útil, pero en otros más complejos está por ver su impacto en los resultados en salud.

Los resultados cosechados por los programas de cribado, los avances en diagnóstico rápido y los nuevos tratamientos han logrado un incremento de la supervivencia en cáncer. En Reino Unido, por ejemplo, se estima que existen dos millones de personas que han sobrevivido a un cáncer. Se estima que en 2030 esta cifra se haya duplicado.

Los firmantes del artículo ponen en evidencia que el modelo tradicional de seguimiento de los pacientes en los hospitales es insosteni-

ble, ante el incremento de la supervivencia. Las circunstancias requieren la puesta en marcha de otros sistemas de seguimiento más eficientes. Es ahí donde atención primaria podría jugar un papel destacado.

El cáncer y su tratamiento pueden acarrear multitud de efectos adversos, ya sean físicos, psicológicos o económicos, tanto en los pacientes como en sus familiares. Algunos de ellos son inevitables. Otros se presentan a corto plazo y existen casos también que persisten a largo plazo. Incluso algunos problemas no surgen hasta meses o años después de la finalización del tratamiento. Algunos ejemplos podrían ser osteoporosis tras un cáncer neuroendocrino, problemas cardíacos por un tratamiento de quimioterapia o la aparición de un segundo cáncer.

En los últimos años se ha percibido un incremento del contacto entre pacientes y médicos de atención primaria a causa de los efectos secundarios causados por el tratamiento. Estos pacientes con comorbilidades pueden recibir así un cuidado holístico. Ya se han puesto en marcha guías para el manejo de los efectos secundarios a largo plazo en pacientes pediátricos y están comenzando a desarrollar en los adultos. De forma paralela, algunas de estas guías hacen una referencia específica a primaria aunque no describe ningún rol específico para el médico de cabecera durante el tratamiento o la fase de supervivencia.

La detección de las recurrencias es otra de las preocupaciones de los sistemas sanitarios. Estas pueden ser detectadas con una vigilancia proactiva. El objetivo es curar el tumor o reducir el daño para mejorar la calidad de vida del paciente, ya que la mayoría de los cánceres metastásicos no tienen cura en la actualidad.

En la actualidad se están estudiando los efectos que pueden tener el ejercicio físico y la dieta en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que han sobrevivido a un cáncer. En tumores colorrectales o en próstata existen incluso ciertas evidencias. Al mismo tiempo puede prevenir dolencias cardiovasculares o la osteoporosis derivadas del tratamiento.



INTEGRACIÓN ENTRE PRIMARIA Y ONCOLOGÍA

Una integración de servicios de primaria y oncología es clave para optimizar la calidad en la asistencia y los resultados en salud. Sin embargo, puede acarrear problemas ya que la estructura actual de los sistemas sanitarios obliga al paciente a consultar a múltiples profesionales. Esto puede generar cierta descoordinación y fragmentación. (Tabla 1).

Los expertos plantean una hoja de ruta para llevar a cabo esta integración a tres niveles. Una integración clínica requeriría la fijación de procesos para coordinar la atención al paciente y una definición clara de los roles de todos los profesionales implicados. Una integración vertical supondría el establecimiento de estructuras y procesos que sirvan para apoyar la coordinación entre los servicios de oncología y atención primaria. Y una integración funcional conllevaría la puesta en marcha de estructuras para la coordinación entre profesionales de la salud y el ámbito social.

Las necesidades varían en función del desarrollo del país y del funcionamiento del sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en un informe un modelo en el que los programas de cribado quedaban integrados en primaria. Esta propuesta perseguiría integrar la prevención primaria y la secundaria. En los países con mejores resultados en salud esta fusión conseguiría incrementar también la efectividad de los cribados.

Existen experiencias de integración focalizadas en la información y en la comunicación, pero resultaría necesario centrarlas en el control de los síntomas y el manejo de las toxicidades con el fin de evitar la asistencia a urgencias y las hospitalizaciones. Diferentes estudios elaborados en Reino Unido, Canadá y Australia muestran que integrar servicios incrementa la satisfacción del paciente sin consecuencias en los resultados en salud y mejora el ratio coste-efectividad.

Existen una serie de herramientas que podrían servir para llevar a cabo este proceso. La primera de ellas la creación de rutas asistenciales para

TABLA 1

RATIOS DE PREVALENCIA DE TUMORES INFANTILES

	Todas las razas	
	niños*	niñas*
Clasificación Internc. de Cánceres Infantiles	196,7	182,3
Leucemia	52,0	43,1
Leucemia linfoblástica aguda	38,4	30,2
Leucemia mieloide aguda	7,9	8,0
Linfomas y neoplasias retículo-endotelial	29,8	20,7
Linfoma de Hodkin	12,9	11,8
Linfoma No Hodking	15,1	7,7
Cerebro y sistema nervioso central	45,5	45,9
Ependimoma	3,2	2,4
Astrcitoma	16,5	15,5
Meduloblastoma	5,1	3,3
Neuroblastoma y ganglioneuroblastoma	8,5	7,6
Retinoblastoma	2,9	3,3
Tumor de Wilms	5,3	6,3
Tumores hepáticos	2,8	1,8
Tumores óseos	9,8	7,7
Osteosarcoma	5,5	4,5
Sarcoma de Ewing	3,3	2,4
Rabdomiosarcoma	5,4	4,2
Cáncer de testículo	9,9	-
Cáncer de ovario	-	4,4
Carcinoma de tiroides	3,0	12,6
Melanoma	3,7	5,8

*Prevalencia por millón de habitantes niños/niñas en EEUU.

Fuente: The Lancet Oncology. 'The expanding role of primary care in cancer control'



evitar retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento; una mayor formación para los profesionales de Primaria; un mapa o guía que permita al paciente superar la descoordinación, y la utilización de herramientas electrónicas de comunicación.

Uno de los retos que se plantean en la actualidad es equipar a primaria. En los próximos años el primer nivel asistencial jugará un papel creciente en la atención de estos pacientes. Solo en Estados Unidos se prevé que la demanda de los servicios oncológicos crezca un 40

por ciento en 20 años. Primaria deberá asumir mayor responsabilidad en los cánceres diagnosticados o sospechosos.

El desafío pasa por equipar a primaria en este nuevo desempeño. Todo pasa por la formación de los profesionales. Esta formación debería pasar por las universidades y los periodos de residencia. En Reino Unido, Canadá y Australia, los médicos de primaria en formación ponía de manifiesto que oncología era una de las áreas en las que menos formados estaban.



ENTREVISTA A **Carlos Camps**

Presidente de Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (Aseica)



“Hay que integrar a primaria en los circuitos de diagnóstico rápido”

Hace ya 10 años que el Hospital General Universitario de Valencia puso en marcha la figura del oncólogo de enlace en el Hospital General Universitario de Valencia. Carlos Camps, jefe del Servicio de Oncología y presidente de Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (Aseica), explica que esta figura nació con “la misión fundamental” de “ofrecer atención a los largos supervivientes fuera del hospital”.

¿Cómo debe integrarse el médico de primaria en el abordaje del cáncer?

Cuando había una incidencia no tan alta, era un problema en el que el médico de familia podía sentirse no implicado. Cuando diagnosticaba un caso lo remitía al hospital. En estos momentos cuando se diagnostican en España 250.000 casos de cáncer, cuando hay evidencia de que necesitamos establecer círculos de diagnóstico rápido y si le añadimos el éxito de los tratamientos y de la cirugía tenemos largos supervivientes por lo que se hace difícil hacer un control de estos pacientes no solo en los servicios de oncología, sino en un hospital. Necesitamos la cooperación de los médicos de primaria. Existen muchos estudios además en los que los seguimientos por el médico de primaria no ofrecen ningún perjuicio para los pacientes a la hora de medir la respuesta o las recaídas. En los hospitales existen circuitos para la sospecha de cáncer atenderlas de forma rápida e integral y que los pacientes no se pierdan en los circuitos administrativos de los sistemas públicos.

¿Cómo ha funcionado la figura del oncólogo de enlace?

Hace de 10 años, creamos la figura del oncólogo de enlace que tenía como misión fundamental ofrecer atención a los largos supervivientes fuera del hospital para disminuir la carga de dramatismo que supone siempre la visita a un centro hospitalario para pacientes que han pasado una enfermedad muy grave. Como paso intermedio, se trata también de hacer un traspaso de forma paulatina de funciones y responsabilidades al médico de primaria para que vaya asumiendo el seguimiento de los largos supervivientes. Ponemos a disposición un teléfono para que puedan llamar y darle respuesta inmediata. Además hemos añadiendo una consulta express. Atendemos al paciente en menos de 24 horas si el médico de primaria tiene sospechas de que el paciente puede sufrir un cáncer. Está funcionando muy bien.

¿En qué fase se encuentra este traspaso?

Estamos trabajando este tema. Es algo que requiere cierto grado de prudencia para no cambiar los procesos clásicos de atención a estos pacientes. Requiere una protocolización de todos los seguimientos, que es lo que hemos hecho hasta ahora.

¿Podemos replicar otros modelos como el de diabetes tipo II al cáncer?

Es complejo porque la enfermedad es muy complicada. Las fases iniciales de tratamiento activo se tienen que llevar en los hospitales, en los servicios de oncología y de cirugía. Los largos supervivientes siguen siendo susceptibles de atención y debemos ofrecerles otros recursos diferentes a los hospitalarios. Al mismo tiempo, hay que integrar a primaria en los circuitos del diagnóstico rápido del cáncer.

¿Cómo ha evolucionado la cifra de largos supervivientes?

Tenemos solo cifras de Estados Unidos y de Reino Unido, donde se dice que el tres por ciento de la población de estos países tuvieron un cáncer y se curaron. Ese tres por ciento, supondría en España un millón y medio de personas. Este porcentaje tiene que ir subiendo porque cada vez se diagnostican más casos y curamos a más gente. Pero sí que tenemos epidemiológicos de supervivencia de los diferentes tumores en comparación con diferentes países europeos y en España tenemos cifras muy similares, e incluso mejores que en algunos países.

¿Qué papel juega en prevención primaria el médico de cabecera?

Es el personaje más importante del sistema sanitario. Podríamos ahorrar un 30 por ciento de la incidencia de tumores si la gente se concienciara de estilo de vida saludable. ■





Centrándonos en la homosfera del paciente crónico, el emocionante inicio de una gran aventura

JULIO ZARCO RODRÍGUEZ

Presidente de la Fundación Humans

Hace algo más de 10 años que una serie de servicios de salud de comunidades autónomas comenzaron a orientar su actividad hacia el paciente crónico. La evidencia ya ha puesto de manifiesto que los pacientes crónicos suponen un 80 por ciento del gasto sanitario. Esta realidad hizo que las consejerías de sanidad se replantearan la situación e iniciaran un debate sobre cómo coordinar la atención de este colectivo. Incluso el Ministerio de Sanidad entendió como competencia suya homogeneizar unos principios básicos en una estrategia nacional para el abordaje de estos pacientes.

KEY WORDS: Paciente crónico, cronicidad, envejecimiento, atención primaria, homosfera, sostenibilidad.

Ha transcurrido más de una década desde que en España se inició el debate sobre la atención al paciente crónico. Siempre han existido pacientes crónicos, aunque el gran avance no solo de la ciencia biomédica, sino del estado de bienestar y los sistemas sanitarios, ha conseguido que la expectativa de vida de los ciudadanos de las sociedades occidentales haya aumentado considerablemente, disminuyendo a su vez la morbimortalidad de múltiples enfermedades antaño mortales. Hace poco más de una década, algunas comunidades autónomas iniciaron una hoja de ruta apasionante en el intento de conseguir que los servicios sanitarios reorientaran sus prioridades de cuidados, centrándose en los pacientes crónicos. Especialmente consejerías como País Vasco y Cataluña fueron pioneras en el ejercicio de sensibilizar a los sectores profesionales y directivos, de la necesidad de planificar las acciones sanitarias en el área de los pacientes crónicos.

Hasta entonces pocos conocían la pirámide de Káiser y menos aún consideraban prioritario adaptar la planificación sanitaria a las necesidades de los pacientes en función de la complejidad pluripatológica. Se generó el debate necesario para que todos los servicios de salud comenzaran a redactar sus estrategias de abordaje de los pacientes crónicos, amparándose en principios tan incuestionables como el envejecimiento progresivo de la población, la inadecuación de los cuidados al paciente crónico por parte de un sistema sanitario preparado para el abordaje de los pacientes agudos o la dificultad de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. El axioma “el 20 por ciento de los pacientes crónicos con-

sumen el 80 por ciento de los recursos socio sanitarios”, circuló como la pólvora por todos los departamentos de salud llegando al Ministerio de Sanidad, que entendió que era una competencia y responsabilidad suya homogeneizar unos principios básicos entorno al abordaje de los pacientes crónicos y generar una estrategia de salud estatal que, apoyándose en las experiencias pioneras de algunas comunidades autónomas, redactara una hoja de ruta de la transformación del sistema nacional de





salud español. A través de un cambio de cultura y una visión holista del problema, adaptaríamos los cuidados a esos millones de pacientes crónicos polimedicados y pluripatológicos, muchos de los cuales requieren atención domiciliaria y un abordaje complejo. Todos los servicios de salud redactaron sus estrategias y lo propio hizo el Ministerio de Sanidad.

El paciente crónico estaba de moda y todos hablábamos del “nuevo paradigma del abordaje al paciente crónico”. Se realizó un gran esfuerzo formativo de los profesionales y el ámbito de la atención primaria reclamó para sí el protagonismo perdido. Nadie podía dudar de que el paciente crónico requería de un abordaje generalista y es aquí donde el ámbito de la atención primaria se alineó con los principios básicos de la atención al paciente crónico: integralidad, longitudinalidad, equidad, coordinación, gestión eficaz y eficiente y satisfacción del ciudadano. Por fin, la atención primaria tenía la oportunidad de reivindicar sus valores identitarios, su verdadero ADN. Todas las sociedades científicas generalistas reorganizaron su formación, capacitación e investigación en este sentido. Se organizaron congresos, jornadas, debates y cuantas acciones centraran las actuaciones en el paciente crónico. Las sociedades científicas de medicina de familia y de medicina interna centraron esfuerzos en este noble y necesario menester.

Después de un gran debate, importantes esfuerzos académicos y económicos y de una clara reorientación de la planificación sanitaria, todos los servicios de salud tenían, en mayor o menor medida, estratificadas sus poblaciones dianas para conocer con precisión los pacientes crónicos de baja, media y alta complejidad, que cada médico y enfermera de atención primaria tenían a su cargo. Todos los servicios sanitarios sabíamos lo que teníamos que hacer, estaba escrito y planificado, sólo había que esperar a tener estratificada la población para desarrollar acciones ajustadas a su nivel de cronicidad y sus necesidades. Todo estaba listo para comenzar a actuar, pero...

Los reingresos
hospitalarios de
los pacientes
crónicos se
siguen
produciendo en la
misma
proporción que
hace una década





UNA FRUSTACION

Generalizar no es bueno ni adecuado, siempre hay excepciones y situaciones concretas que rompen la regla, aunque la ciencia avanza a través de la simplificación, la generalización y la norma universal. Por ello debo adelantar que desde un punto de vista formal y objetivo, después de una década de arduo trabajo intelectual entorno al paciente crónico, pocas actuaciones se han acometido. En un artículo médico aparecido recientemente se afirma que, mientras el 90 por ciento de los médicos de familia tienen estratificada su población, más de un 80 por ciento no habían acometido actuaciones planificadas con dichos pacientes. En ese mismo sentido, los profesionales de atención primaria no han incrementado las valoraciones pertinentes, tanto en el domicilio como con la familia y entorno del paciente, para tratar de abordar actuaciones socio sanitarias de ámbito preventivo, promocionales o de educación para la salud.

Los reingresos hospitalarios de los pacientes crónicos se siguen produciendo en la misma proporción que hace una década, las urgencias hospitalarias siguen estando saturadas de pacientes con gran inestabilidad en sus cuidados y que probablemente sería dudoso su abordaje desde la urgencia. El nivel de satisfacción de los profesionales de atención primaria y de urgencias hospitalarias sigue siendo muy bajo debido a su escaso tiempo, su deficiente organización y la incapacidad para modelar sus procedimientos debido a la rigidez del sistema. El reconocimiento de estos profesionales es muy alto por parte de la ciudadanía, pero es inversamente proporcional por parte de los equipos gestores.

El paciente crónico de alta complejidad, que es un paciente eminentemente domiciliario, debe tener una gestión coordinada e integrada entre el primer nivel asistencial y el hospital. En este sentido, aún existen grandes deficiencias en la coordinación e integración de cuidados entre ambos niveles. Los esfuerzos de muchas comunidades autónomas, como Madrid, de crear la



figura de directores de continuidad asistencial que garanticen la óptima coordinación de ámbitos asistenciales, se ve frustrada por la eterna incompreensión entre la naturaleza, objetivos y presupuestos tan distintos de los dos ámbitos asistenciales. En este punto, tampoco la tecnología representa una solución para integrar y facilitar la continuidad de cuidados, pues está limitada por la incompatibilidad de los sistemas informáticos, la no flexibilidad de los sistemas operativos y una cierta desidia de las organizaciones para generar planes de telemedicina y e-consulta de manera integrada entre el sistema social, sanitario, municipal y voluntariado.

El ámbito de la atención primaria sigue su lucha titánica por gestionar el día a día de sus centros de salud en un bucle eterno, generándose una microgestión desmotivada que acumula perversiones e insatisfacciones. En igual medida, el ámbito hospitalario sigue la estela de la atención primaria y espera de ésta que, como regulador y modulador de la puerta de entrada al sistema, reduzca los flujos de pacientes a la urgencia, optimizando la estan-

cia media con altas lo más precoces posibles y continuación de cuidados en el domicilio del paciente, intentando contenerlo en su ámbito natural. La creación de las unidades de atención domiciliaria por parte de los hospitales, es la voz de alarma de que la situación no se ha solucionado. No quiero que se entienda que estoy en contra de las unidades de hospitalización domiciliaria, muy al contrario, creo desde su conocimiento, que son unidades altamente capacitadas e integradas por profesionales excelentes y excepcionales. No obstante, estas nuevas estructuras no dejan de ser el tratamiento paliativo a una situación que debería haberse abordado de una manera decidida desde el ámbito de la atención primaria. Sería ésta la que debería coordinar la atención al crónico con todos los interlocutores sociosanitarios, necesarios para tratar de manera adecuada a pacientes y cuidadores.

Siguen asaltándome preguntas que no soy capaz de responder. Sigo resistiéndome a creer que la verdadera barrera para las actuaciones desde atención primaria es la falta de tiempo,



La homosfera sociosanitaria viene a centrar las actividades sobre el paciente, en todos aquellos aspectos que tienen que ver con la personalización

el bajo salario o la desmotivación de los profesionales. Sigo siendo escéptico con respecto a que los hospitales se creen con una autoridad científica superior a la atención primaria y que su único objetivo es la reducción de costes a toda costa. No creo que sea por mi parte una actitud adánica, sino basada en el conocimiento y larga experiencia del sector sanitario, pero me resisto a sucumbir al desencanto y la indiferencia. Vaya por delante mi declaración abierta de valores y creencias:

“Creo firmemente en que el sistema sanitario debe de orientarse hacia un abordaje sociosanitario integral del paciente crónico y su entorno psicosocial, es decir, lo que hemos venido definiendo últimamente como homosfera sociosanitaria del paciente crónico. Esta labor debería recaer en el ámbito de la atención primaria, en clara coordinación con el ámbito hospitalario, a través de las unidades de hospitalización domiciliaria”.

Veamos qué hoja de ruta deberíamos llevar para reorientar de manera clara y definida el cuidado de los pacientes crónicos.



DEFINIENDO LA HOMOSFERA DEL PACIENTE CRÓNICO

Como he afirmado más arriba, el adecuado abordaje del paciente crónico debe de realizarse desde el ámbito de la homosfera socio-sanitaria del mismo. Esta afirmación significa que tenemos que partir de que las actuaciones en el ámbito del paciente crónico deben realizarse desde la micro, meso, macro, e incluso metagestión. Además, deben acometerse actuaciones desde la base de la pirámide de Káiser hasta la cúspide. Como bien sabemos, cualquier sistema sanitario está especialmente interesado en actuar en la base de la pirámide para impedir que el paciente crónico de baja complejidad ascienda en la pirámide y termine convirtiéndose en un paciente de alta complejidad. En este nivel de actuación, la eclosión de las escuelas de pacientes viene a tratar de facilitar una cultura de la salud, a través del empoderamiento del paciente y de la creación del paciente experto. En estos momentos estamos prácticamente al albor de estas iniciativas y sus objetivos deberán evaluarse a medio y largo plazo. Del mismo modo, los sistemas sanitarios también concentran sus esfuerzos en la cúspide de la pirámide, para tratar de evitar los reingresos hospitalarios y conseguir que los pacientes de alta complejidad puedan descender a niveles más bajos de complejidad. Lo que es una realidad objetivable es que las actuaciones coordinadas en el paciente crónico son estrategias básicas en la sostenibilidad del sistema sanitario. Un sistema sanitario orientado hacia el paciente crónico, es un sistema maduro y adaptado a las necesidades de pacientes y sociedad. Otro tema que habría que tener en cuenta y priorizar sería la satisfacción de los pacientes, cuidadores y familia con los cuidados recibidos y la satisfacción de los propios profesionales con el ejercicio desempeñado.

La homosfera sociosanitaria viene a centrar las actividades sobre el paciente, no sólo en sus aspectos científico-técnicos, sino también en todos aquellos aspectos que tienen que ver



con la personalización de los cuidados o si quiere denominarse sobre la “humanización de la atención al paciente crónico”. Esto nos hace desear que se realicen estudios donde se valoren, a través de indicadores objetivos y evaluables, cómo una verdadera atención integrada y focalizada en los aspectos sociosanitarios, puede tener un aspecto positivo sobre la salud de pacientes y familias.

Dentro de todas las acciones que deberían realizarse y como hemos comentado anteriormente, debe de revitalizarse la atención al paciente crónico a través de un empoderamiento del ámbito de la atención primaria. Para ello, este primer ámbito asistencial debe poseer recursos adecuados y capacidad en la gestión, para poder orquestar la coordinación de dichos pacientes. Una fórmula alternativa que podría llevarse a cabo, estaría centrada en el marco de las unidades de gestión clínica y más concretamente desde el marco reglamen-



tario y funcional que establece el propio Ministerio de Sanidad. En este caso, sería factible la creación de unidades de gestión clínica mixtas, organizadas entre atención primaria y hospitalaria para poder realizar una gestión integrada de estos pacientes, éstas estarían formadas por las unidades de hospitalización domiciliaria y responsables de atención a la cronicidad de las distintas áreas o distritos sanitarios. Esta fórmula de gestión dotaría de flexibilidad, eficiencia y eficacia a la asistencia sanitaria, y sobre todo, garantizaría la continuidad de cuidados de estos pacientes.

Como paso previo a estas unidades de gestión clínica, habría que generar una red de profesionales responsables de pacientes crónicos por centros de salud. No significaría que estos responsables traten y manejen los pacientes crónicos de todos los profesionales del centro de salud. Cada médico de familia y enfermera atenderían a sus pacientes crónicos, previa-

mente estratificados, pero la metagestión, monitorización y coordinación de procesos recaería en un profesional individualizado para estas cuestiones. Cada centro de salud establecería su propia organización, que a su vez estaría integrada en una red de cronicidad, junto a las unidades de hospitalización domiciliaria. De esta forma, en cada área sanitaria de atención primaria existiría una unidad de gestión clínica a la cronicidad (UGC), ubicada en la dirección asistencial de atención primaria o bien en el hospital, compuesta por profesionales de primaria, de hospital y otros profesionales de obligada existencia, como trabajadores sociales y psicólogos. Esta UGC llevaría a cabo la planificación y gestión de los pacientes existentes en esa área sanitaria concreta y gestionaría no sólo la asistencia sanitaria y la creación de escuelas de salud, así como también el cuidado de la homosfera sociosanitaria. El modelo podría remedar el ya existente de las unidades de cuidados paliativos (ESAD).

A modo de conclusión, podríamos afirmar que nos encontramos en una situación de no retorno con respecto a la atención a los pacientes crónicos, pero a la vez no encontramos suficientes alicientes en la gestión para poder re-inventar un modelo de gestión innovador, que lleve a la integración de los dos niveles asistenciales entorno a un problema de alto impacto en la calidad de vida de los ciudadanos. Creo firmemente que la única manera de avanzar en este sentido, es la generación de la red de responsables de atención a la cronicidad, la inclusión de indicadores y acciones encaminadas a la homosfera sociosanitaria y la incardinación y gestión de todas estas acciones desde las UGC distribuidas por distritos, gerencias o la distribución que se determine, basándose en criterios de planificación sanitaria.

Estamos ante una oportunidad única, quizás la “penúltima” oportunidad, para poder integrar de manera definitiva los ámbitos asistenciales, coordinar micro y mesogestión y sobre todo, garantizar una percepción de los cuidados del paciente crónico. ■



La investigación traslacional: ¿Un viaje de ida y vuelta?

CARMEN LÓPEZ

Redactora de Gaceta Médica

La investigación que se realiza en los hospitales del Sistema Nacional de Salud no termina de aprovecharse. Existen diferentes factores que limitan hoy la investigación traslacional en España. Entre ellos, podrían destacarse la falta de financiación, los elevados costes de los procesos, las dificultades para obtener resultados y las cargas regulatorias. En la actualidad, España es el octavo país del mundo en diseminación de la ciencia, pero la situación empeora si se analizan las patentes en explotación, que no han aumentado de nivel en estos últimos años. Crear una masa crítica de investigadores es uno de los desafíos pendientes.

KEY WORDS: investigación traslacional, innovación, investigadores, científicos, I+D+i, pyme.

En un contexto en el que los avances científicos avanzan a pasos agigantados resulta paradójico que en España la actividad investigadora y asistencial no acabe de traducirse en generación de valor y de retorno en la sociedad. Solo se aprovecha una pequeña fracción del enorme potencial de valor del sistema sanitario.

De este modo, ¿es la investigación traslacional un viaje de ida y vuelta? La respuesta parece clara “debe ser así” explica Lluís Blanch Torra, director of I3PT - Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí, y coordinador del Programa de Desarrollo de las Unidades de Innovación de la Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias (Itemas). Los resultados de la transferencia de innovación en términos de la mejora de la salud y mejora de procesos revierten claramente en la sociedad; en calidad de vida, en mejores tratamientos y también conlleva un retorno económico tangible. “Por tanto, es un viaje de ida y vuelta”, aclara. Sin embargo, en otros países esta cultura del conocimiento es algo ya instaurado, de hecho, reinvierten en la creación de empresas con su retorno correspondiente. “Se crean empresas y generan impuestos, los impuestos sirven para crear empresas y por tanto, todo ello redunda en la mejora para la sociedad”, asegura Blanch.

La falta de financiación, los elevados costes, la dificultad para obtener resultados o las cargas regulatorias son las principales limitaciones de la investigación traslacional en nuestro país.

Los hospitales “deben ser la centro de la investigación sanitaria”. Una afirmación compartida por diversos expertos. En Estados Unidos y en algunos países del entorno europeo esto es una realidad. Un centro de referencia solo puede considerarse un hospital de refe-

rencia o un hospital universitario cuando no sólo ejecuta conocimientos, sino que también los genera. En España, la aportación a la innovación desde el entorno hospitalario es escasa.

Los desafíos que se presentan para potenciar la investigación traslacional en España son consistentes. Desde crear una masa crítica a partir de aquellos profesionales con mayores inquietudes innovadores hasta promover estructuras de apoyo a la investigación que puedan potenciar la innovación.





La financiación, los elevados costes, la dificultad para obtener resultados o las cargas regulatorias son las principales limitaciones de la investigación traslacional

La experiencia en los últimos años ha puesto de manifiesto que el retorno social de la investigación biomédica es un proceso enormemente complejo. La divergencia de intereses e incentivos entre los investigadores básicos y los investigadores clínicos y los profesionales de la salud, así como la enorme complejidad y especialización de la investigación biomédica dificultan que los retornos sociales sean directos y rápidos. Se estima que el tiempo medio que transcurre desde un descubrimiento hasta su materialización en un nuevo medicamento o tratamiento es aproximadamente de 13 años, y la ratio de fracaso durante este proceso se sitúa en torno al 95 por ciento. Conscientes de estas dificultades, las agencias de financiación públicas y el entorno biomédico han propuesto una reorganización del proceso de investigación biomédica basado en los principios de la investigación traslacional.

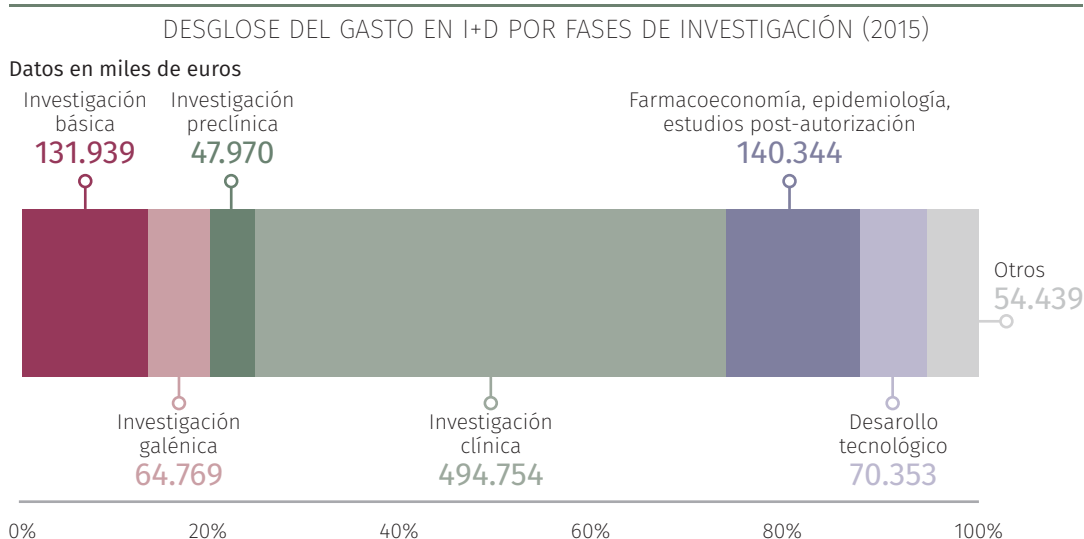
LAS CIFRAS

A pesar de las dificultades, lo cierto es que las cifras en España en materia de I+D no son del todo malas. La inversión del sector en I+D durante 2016 le mantiene como líder industrial, con 1.085 millones de euros. De esta cantidad, el 45 por ciento (cerca de 493 millones) se destinó a contratos de investigación extramuros, fundamentalmente con el ámbito público (centros de investigación, hospitales, universidades y otros organismos), lo que convierte a la industria farmacéutica en el principal impulsor de la colaboración público-privada biomédica en nuestro país.

Los 194 millones de euros en contratos de I+D con profesionales y centros suponen cerca del 40 por ciento del montante total de estas colaboraciones externas y hacen referencia a colaboraciones para el diseño o ejecución de estudios preclínicos, ensayos clínicos y estudios de postautorización.

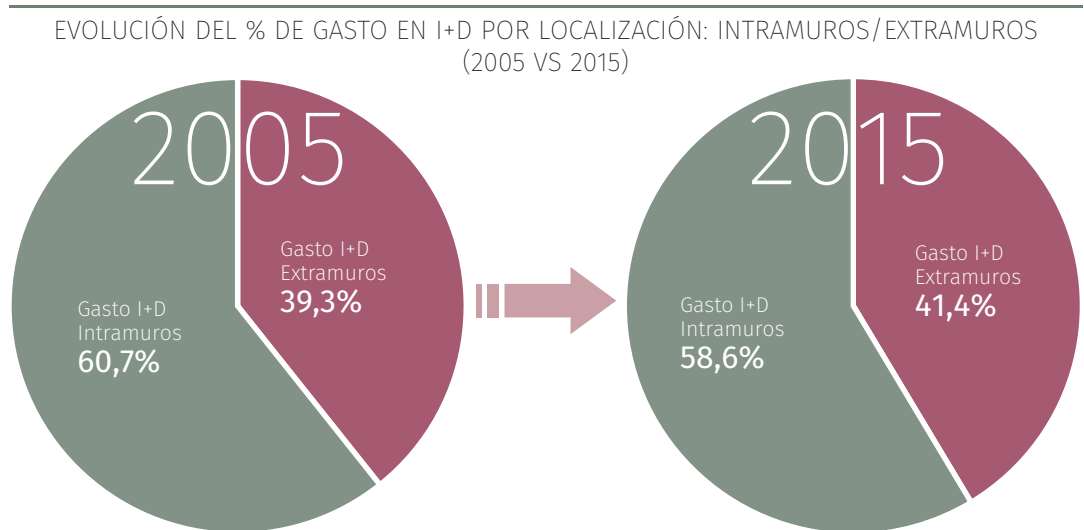
El resto de inversiones extramuros incluyen conceptos como los contratos de investigación preclínica en los que no intervienen profesionales sanitarios o el suministro de medicación gratuita para los ensayos clínicos y su monitorización. (Figura 1 y 2).

FIGURA 1



Fuente: Farmaindustria.

FIGURA 2



Fuente: Farmaindustria.

HERRAMIENTAS DE REFUERZO

La investigación biomédica arroja resultados de gran calidad internacional, sin embargo, no se consigue plasmar todo ese talento y conocimiento en forma de productos innovadores

que mejoren la sostenibilidad del sistema. La falta de recursos de apoyo hacia la investigación una tarea ardua. Realizarla además de las labores asistenciales requiere de una enorme motivación. En este contexto, el Instituto de Salud Carlos III crea Iteamas, una estructura de



apoyo a la innovación sanitaria. Su objetivo es facilitar que las ideas innovadoras de los profesionales sanitarios lleguen a generar valor para el sistema, a través de favorecer la transferencia de tecnología, la cultura de la innovación y la comunicación con el resto de la sociedad. “Ayudan a descubrir, valorizar y transferir estas ideas en forma de protección, patente, registro, *spin off*, *start up*, etcétera”, explica el experto.

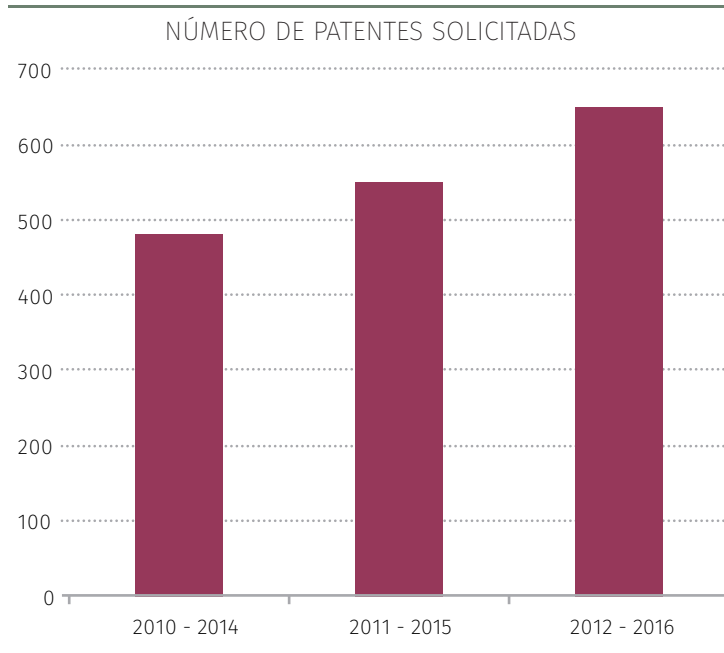
Como indica Blanch, una de las herramientas es la creación de Unidades de Apoyo a la Innovación en los hospitales. A través de ellas se dotan los medios y ayuda necesarios para que los profesionales sanitarios puedan convertir sus ideas y descubrimientos en realidades para los pacientes.

“La investigación traslacional es un reto que en los últimos años ha estado más presente en las iniciativas del Gobierno central y en las comunidades autónomas, en España hemos pasado a hablar de investigación a hablar de innovación dado el cariz que se quiere imprimir de traslación a la sociedad, es decir, de lo que son los resultados de la investigación”, indica el experto.

España es el octavo país del mundo en disminución de la ciencia, pero la situación empeora si se analizan las patentes en explotación, que no han aumentado de nivel en los últimos años. “Estamos en el puesto 28, 29 ó 30”. Todo ello va en paralelo a la inversión que se ha hecho en investigación e innovación en base a la producción de PIB, y como recuerda Blanch, España está lejos de la media. A pesar de estos esfuerzos que se han hecho, tampoco ha existido una alineación clara y un esfuerzo para que esto se facilite en creación de empleo tecnológico; la transferencia a *start up*, e incluso en cultura, trabajar más estrechamente en el tejido empresarial, es decir, en la colaboración público-privada. “Algo esencial para que estos proyectos se lleven a cabo”, apunta.

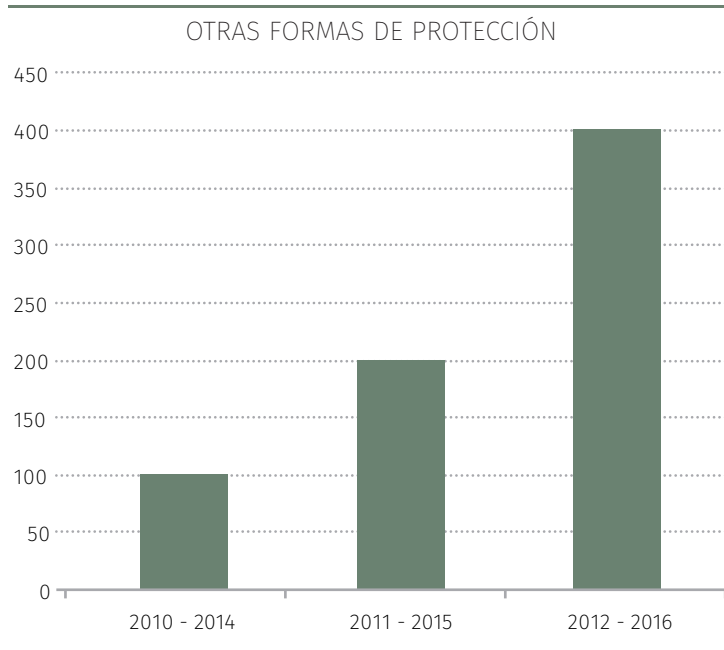
En España, actualmente los hospitales más grandes, alrededor de unos 35, cuentan con unidades de valorización de la innovación. De ellos, en los últimos años han salido innova-

FIGURA 3



Fuente: Items. Ministerio de Economía y Competitividad.

FIGURA 4



Fuente: Items. Ministerio de Economía y Competitividad.

ciones que actualmente se están transfiriendo al tejido empresarial y que desde luego es la semilla para que se vaya incrementando de forma exponencial en los próximos años.

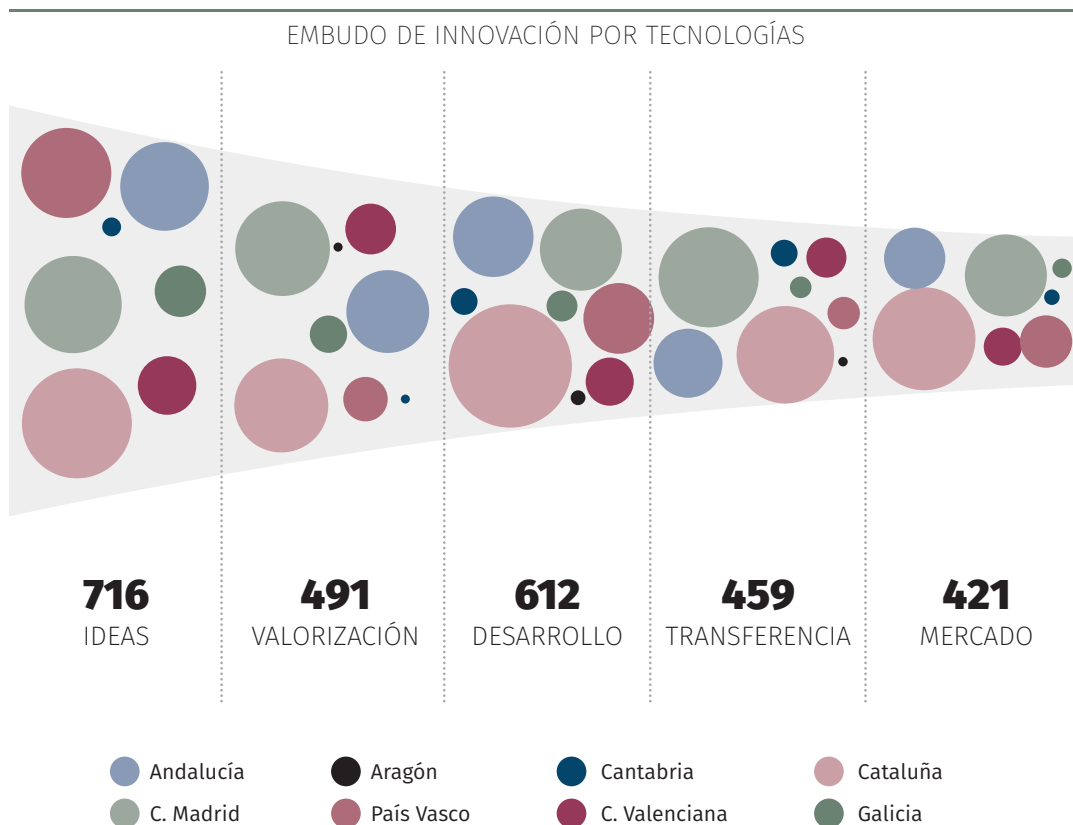
Sin embargo, como indica Blanch, de las iniciativas innovadoras que se recogen en una unidad hospitalaria, aproximadamente solo un cinco por ciento son las que al final llegan al mercado, y lo hacen en forma de spin off, por ejemplo.

Lejos de lo que se puede llegar a pensar, el experto valora positivamente el potencial que tiene España, el problema, es a su juicio, la falta de cultura. “En otros países, cuando se da un proceso de este tipo, todo el engranaje de cualquier institución está perfectamente organiza-

do”. Parece evidente que el grado de madurez de otros países es más elevado. Además, en nuestro país la creación de empresas es más lenta, ya que depende de quién cree la empresa, de la participación de las instituciones públicas en el accionariado o de la regulación de estos procesos en cada organismo (universidad, hospital o comunidad autónoma). El acceso a fondos de inversión, capital semilla, etcétera, tampoco es todo lo ágil que debiera.

“Todo esto debería facilitarse y la participación de cualquier persona que trabaje en cualquier institución sea pública o privada, ya que es la forma de generar beneficios y recursos para seguir retroalimentando este proceso”, acota Blanch (Figura 5).

FIGURA 5



Fuente: Itemas. Ministerio de Economía y Competitividad.



LA LEGISLACIÓN

Con la intención de acercar a las universidades; empresas; organismos públicos, y centros de investigación, se diseñó Estrategia de Ciencia y Tecnología y de Innovación. El sistema de ciencia, tecnología e innovación se ha revelado como un sistema capaz y eficaz. España cuenta con el 0,7 por ciento de la población mundial y el 1,7 por ciento de los investigadores. Sin embargo, la ciencia española es responsable del 3,2 por ciento de la producción científica mundial, el 4,5 por ciento de las más excelentes o el 6,7 por ciento de las publicaciones en las revistas más importantes. Somos conscientes de que hay que seguir trabajando, pero no podemos ni debemos desmerecer lo conseguido por nuestros científicos y tecnólogos.

Con la premisa de que “La ciencia es el alma de la prosperidad de las naciones y la fuente de vida de todo progreso” parte esta estrategia. Las palabras de Louis Pasteur resumen cuál es y debe ser el principal motor del conocimiento científico y tecnológico: servir a la sociedad. De este modo, la estrategia apuesta porque España incremente la relevancia de la investigación científica y técnica. El objetivo parece claro: “crear un marco flexible y eficiente para el desarrollo de la ciencia y la innovación sin trabas administrativas ni regulatorias, potenciar la aparición de nuevas fuentes de financiación y mejorar la inserción laboral y la movilidad del capital humano, del talento, para que genere conocimiento y se transfiera al tejido productivo”.

Consciente de que la financiación es una de las claves para el desarrollo de los grandes proyectos de I+D+i la estrategia plantea la necesidad de fomentar programas de colaboración público-privada así como actuaciones cofinanciadas por las distintas Administraciones y la Unión Europea.

Así, los recursos humanos dedicados a la I+D+i encabezan las prioridades. Aunque en la última década el número de doctores, investigadores y personal técnico dedicado a actividades de I+D+i en España se ha incrementado en un 65 por ciento, la ratio de profesionales



El talón de Aquiles
del desarrollo
científico y
tecnológico en
España sigue siendo
la participación
empresarial, sobre
todo de las pymes



ocupados en comparación con la población total sigue estando por debajo de la media de los países de nuestro entorno debido, principalmente, a la baja tasa de contratados por empresas, lo que además explica la falta de innovación en los sectores productivos.

Por otra parte, esta estrategia dedica un capítulo a la excelencia dada la importancia que para el progreso científico, social y económico tiene la generación del conocimiento científico y técnico a través de la investigación fundamental o básica. El progreso de las ideas, los grandes avances científicos del futuro, el desarrollo de tecnologías emergentes y de vanguardia y muchas de las oportunidades de innovación, nacen en la denominada «frontera del conocimiento» que con frecuencia requiere de un abordaje multidisciplinar e intersectorial de las cuestiones planteadas.

El talón de Aquiles del desarrollo científico y tecnológico en España sigue siendo la participación empresarial, sobre todo de las pymes, tanto en su contribución a la financiación de las actividades de I+D+i como en su capacidad de ejecución de las mismas y la incorporación de innovaciones a sus productos y servicios.

Esta carencia merma la competitividad de las empresas españolas en el mercado internacional, la generación de empleo y la traslación de los avances a la sociedad. En este

ámbito, la estrategia busca potenciar la investigación aplicada, que permita obtener beneficios sociales y económicos del conocimiento generado, mediante la colaboración público-privada, al mismo tiempo que se incentiva la I+D+i mediante nuevas formas de financiación de la I+D+i empresarial que se encuentran poco desarrolladas en nuestro país, como el capital riesgo, así como otras adaptadas a las características de nuestro tejido productivo y especialmente dirigidas a las pymes, todo ello sin olvidar la importancia de desarrollar nuevos instrumentos basados en la demanda como la compra pública innovadora.

No se trata, por tanto, de primar los rendimientos comerciales de la I+D+i del sector empresarial sino de propiciar un mayor compromiso de éste con la innovación. Para que las empresas introduzcan las innovaciones científicas y tecnológicas en su modelo de negocio de manera decidida y sostenible, el Estado debe eliminar muchas de las trabas burocráticas, administrativas y regulatorias que aún persisten. Con ese fin se desarrollará un marco normativo y financiero favorable a la colaboración público-privada y la inversión empresarial en I+D+i, se identificarán sectores estratégicos y nichos comerciales a explotar en otros países y se creará el distintivo que acredite a las pymes innovadoras.



DESCONEXIÓN, ¿REALIDAD O FICCIÓN?

Conectar de un modo eficiente investigación básica y aplicada. Ese es el objetivo de la investigación traslacional, un concepto que empezó a emerger con fuerza mediada la década pasada y que busca tender puentes entre la industria, la clínica y el mundo académico. Como indica el Antonio J. García, profesor titular del área de farmacología de la Universidad de Málaga, la investigación traslacional en salud es la que convierte innovaciones en los primeros estadios de investigación en nuevos productos atractivos para la industria farmacéutica o biotecnológica. Es decir, lo que viene a ser trasladar “descubrimientos” a productos comerciales lo antes posible.

En otros contextos comunitarios este proceso trata de acelerarse mediante la búsqueda activa de firmas de capital riesgo o posibles socios (públicos o privados) siguiendo un esquema que recuerda clásicamente al de transferencia de tecnología.

En Estados Unidos, por ejemplo, incorporan otro elemento distintivo a este mismo proceso. Además de reunir investigadores procedentes del mundo académico e industrial, participan plataformas tecnológicas. Esta suma permite plantear cuestiones fundamentales con respuestas orientadas a aplicaciones biomédicas. De manera que incorporan conceptos que le dan a su trabajo colaborativo la calificación de “investigación orientada” pero con fuertes apoyos administrativos y gerenciales.

En este sentido, como asegura García los institutos de investigación nacionales cobran una relevancia importante. Es donde el concepto de investigación traslacional adquiere su sentido. “Del laboratorio a la cama del paciente” todos los investigadores (básicos y clínicos) participan. Además, la industria, la administración y otras plataformas también tienen su protagonismo.



DE ESTADOS UNIDOS A ESPAÑA

Estados Unidos creó un consorcio científico con la intención de promover la investigación biomédica básica y la educación científica: *Howard Hughes Medical Institute*. Con más de 60 instituciones entre universidades, empresas y hospitales comparte conocimientos, tecnologías e incluso proyectos tanto para el desarrollo de nuevas terapias como para abordar mejoras o nuevas visiones fruto de aproximaciones multidisciplinarias. En los últimos tiempos, ha puesto en marcha programas de financiación para investigadores clínicos que participen activamente en proyectos de investigación básica.

Como expone FS Collins, en su estudio 'Reingeniería de la Ciencia Traslacional: el momento es correcto'. *Sci. Transl. Medicina*. 3, (2011), para buscar oportunidades de innovación traslacional disruptiva, los Institutos Nacionales de Salud de los EE. UU. (NIH) crearon una nueva entidad: el Centro Nacional para el Avance de las Ciencias Traslacionales (NCATS). La misión de NCATS es catalizar la generación de métodos y tecnologías innovadores que mejoren el desarrollo, las pruebas y la implementación de diagnósticos y terapias en una amplia gama de enfermedades y condiciones. Las actividades del nuevo centro complementan, y no compiten con, la investigación traslacional que se lleva a cabo en los NIH y en otros sectores del sector público y privado.

Como apunta este experto la situación que atraviesa la investigación traslacional no es nueva. Hace veinticinco años, surgió un debate en la comunidad científica sobre si el gobierno americano debería invertir en un esfuerzo a gran escala para secuenciar el genoma humano. "Se plantearon muchas inquietudes sobre la viabilidad técnica y la posible desviación de recursos críticos de otras actividades de investigación valiosas. Sin embargo, la mayoría estaría de acuerdo en que el Proyecto del Genoma Humano movió el incipiente campo de la ciencia genómica más allá de métodos lentos, costosos y de calidad variable hacia

enfoques organizados y altamente eficientes que han revolucionado la investigación biomédica y continúan evolucionando", apunta.

Aunque este símil no es preciso, el campo de la ciencia traslacional enfrenta hoy algunos desafíos similares a los del campo de la genómica en 1990. Por ejemplo, se ha dedicado poco esfuerzo al proceso de traducción como un problema científico susceptible de innovación. Como fue el caso con la genómica, la ciencia traslacional necesita pasar de una serie de soluciones únicas a una estrategia más integral. Y al igual que con la secuenciación del genoma humano, muchos de los desafíos más cruciales que enfrenta la ciencia traslacional en la actualidad son precompetitivos. El desarrollo de enfoques sistemáticos para la validación de objetivos, la reingeniería de pasos limitantes y propensos a fallas en el proceso de desarrollo terapéutico.

En España, diversas iniciativas tales como la creación de los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER) en 2006 también persiguen fortalecer las conexiones entre los ámbitos básico y clínico. Fueron creados en España en el año 2006 bajo la coordinación del Instituto de Salud Carlos III. Constituyen estructuras en red estables cuyo objetivo principal es fomentar la investigación colaborativa entre grupos de investigación biomédica en España.

El objetivo último es que la investigación realizada por estas redes tenga un impacto tangible en el sistema nacional de salud y contribuya a proporcionar soluciones médicas en torno a nueve áreas de investigación, asociadas a patologías o problemas de salud de especial relevancia.

Y DE LA INVESTIGACIÓN A LA SPIN OFF

La Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular impulsó hace unos años un cuestionario online a todos los investigadores adscritos a los grupos CIBER. De este trabajo se constató que, por norma general, la participación de los investigadores en distintas activi-



dades relacionadas con la innovación médica aumenta, sobre todo, en la elaboración de guías para profesionales clínicos. La participación de estos investigadores en patentes para medicamentos y ensayos clínicos se sitúa en valores intermedios. Es cierto que la participación aumenta en las universidades, ya que reportan el doble de participación en solicitud de patentes para medicamentos que los investigadores del ámbito hospitalario. Además, son estos, los que más participan más en la creación de nuevas empresas que los investigadores procedentes del resto de instituciones. Los resultados procedentes de esta encuesta ponen de manifiesto que los investigadores participan en multitud de actividades distintas que, de una forma u otra, reflejan una traslación del conocimiento generado en investigación biomédica (tanto básica como clínica) hacia un impacto sobre los pacientes y el conjunto de la sociedad.

EL HOSPITAL: UN LABORATORIO DE IDEAS

En España, uno de los grandes retos a los que se enfrenta toda la investigación nacional es la falta de inversión privada. Es cierto que los proyectos de investigación se sirven de la financiación pública pero con la crisis económica se han recortado partidas y a veces no ha sido suficiente. Así se pone de manifiesto en informes como el de Cotec donde se ve claramente el margen de mejora en este terreno. Ante esta realidad y desde hace años el Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (Irycis) está consolidando un modelo novedoso.

Como explica su director de Innovación, Diego Velasco, la unidad ha tenido que buscar distintas fórmulas ajustadas a la realidad económica para facilitar la inversión dentro de un centro público. “Lo más innovador que se ha hecho ha sido crear un vehículo de financiación privada dentro de un proyecto que se ejecutará en un instituto de investigación público, porque generalmente el inversor se siente más cómodo”, asegura. Es cierto, que un modelo así

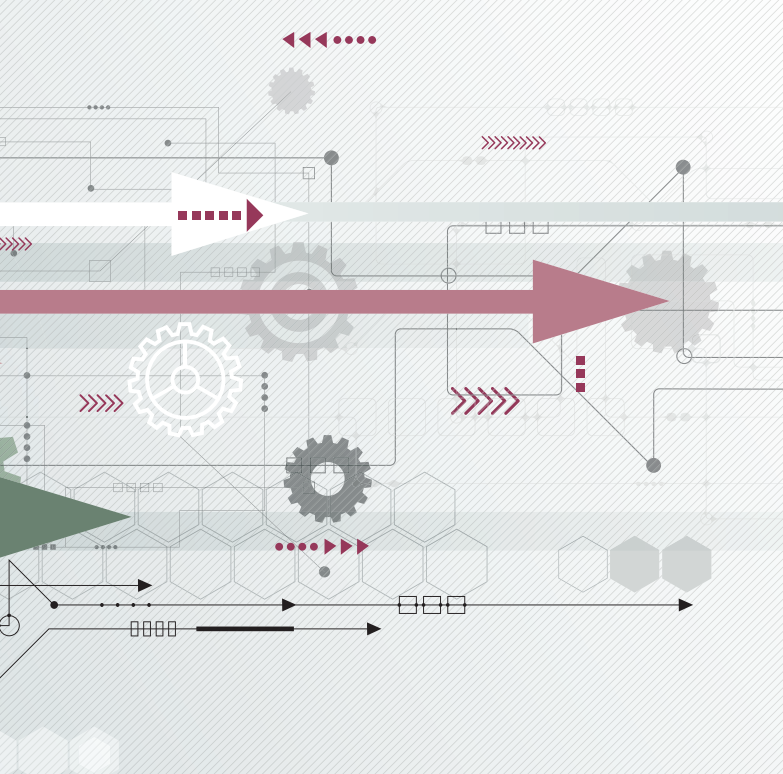


requiere de una implicación más activa por parte del grupo de investigación en gestión, pero no ha sido un problema para los profesionales que trabajan en el Irycis. En la esfera nacional, esta fórmula de colaboración debería se extrapolable a otros hospitales y otros centros.

A TODO MOTOR

La producción de la unidad es óptima, como aseguran sus responsables. El director científico del Irycis, Alfredo Carrato, explica que la crisis económica no ha sido excusa para disminuir la carga de trabajo. “Es cierto que ha habido una disminución notable en la economía del país, lo que se ha reflejado en la investigación y en los grupos de inversión. Sin embargo, en los últimos tres años, se ha experimentado un incremento significativo en la cantidad de patentes que está solicitando el instituto, en los proyectos financiados y en el montante económico asociados a los mismos”, asegura.

Los descubrimientos del Irycis permiten tener un desarrollo del proyecto de investigación que finaliza con una aplicación para el paciente. “Una actividad que comienza en el laboratorio para que posteriormente se traslade a la clínica, es decir, la investigación traslacional”, recuerda Carrato.



Como indica Velasco, la unidad trata de dar apoyo tanto a los profesionales sanitarios como a los investigadores básicos que generan nuevos productos sanitarios o nuevos procedimientos a partir de resultados de investigación.

A modo de ejemplo, Velasco destaca que han trabajado con la unidad de bioestadística en implantar una serie de algoritmos para urgencias que favorecen la toma de decisiones médicas, basados en evidencia científica. “La mayor parte de las ideas que se generan en el entorno son complejas, que pueden ir desde nuevos Kit de diagnóstico; nuevas moléculas para el tratamiento o terapia de ictus; hasta terapias experimentales en dermatología para regeneración cutánea”, apostilla.

El desarrollo de estas herramientas no tiene una financiación al uso. Precisamente, esta ha sido la labor de la unidad de innovación: tratar de hacer una de traductores entre el mundo de la investigación y el mundo del negocio para hacer de estos proyectos, modelos atractivos para el inversor. Como comenta Velasco, el equipo se encarga de hacer estudios de oportunidad de mercado, de manera que además del impacto en el paciente, también redundará en el SNS.

En el camino, a la hora de desarrollar una idea, pueden surgir modelos o estrategias que se puedan patentar, “esta es una zona de difícil

tránsito porque siempre hace falta una financiación desde el laboratorio hasta que ya se tiene la certeza de que lo que está desarrollando es aplicable a los pacientes, se puede patentar y vender”, cuenta Carrato. Así, los proyectos invertidos se encuentran en estadios de desarrollo que no se adaptan bien a las fuentes de financiación habituales de los proyectos de investigación en biomedicina, y tampoco son lo suficientemente maduros para generar interés de grandes empresas, por tanto, estos acuerdos se consideran clave para atravesar la fase conocida como valle de la muerte, en términos de negocio y convertirlos en una realidad para los pacientes.

Con todo, el objetivo de estas estrategias es convertir los resultados de investigación del Irycis en nuevos productos que mejoren la calidad de la asistencia a los pacientes afectados por diversas patologías. En definitiva, se ha creado una manera en la que compartiendo los futuros ingresos que puedan derivar de las patentes y su explotación comercial, los inversores atraen financiación, y esto revierte en el hospital. El director científico del Irycis asegura que es una muestra de que los hospitales para salir adelante se tienen que abrir a este tipo de ayudas. “Que uno pretenda hacer el desarrollo intramural sin contar con nadie más es un error estratégico y táctico, pues lo que hace es demorar el objetivo”, indica Carrato.

En conclusión, parece que queda claro que hacen falta alianzas externas económicas y científicas y las sinergias en el terreno científico y económico son las que hacen que lleguen los avances a la clínica para beneficio de los pacientes. ■

BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.sebbm.es/revista/articulo.php?id=132&url=investigacion-traslacional-e-innovacion-medica-el-caso-de-las-redes-ciber>
- Collins F.S.: Reengineering translational science: the time is right.Science Translational Medicine 2011; 3 (90): 90cm17.



La farmacia, un ‘oasis’ frente a la insostenibilidad

ALBERTO CORNEJO, ENRIQUE CAMPILLO

Redactores El Global

Es habitual escuchar a los decisores sanitarios alabar el potencial que juegan —y pueden jugar— los farmacéuticos del ámbito de la atención primaria, tanto los que ejercen en farmacias comunitarias como en centros de salud. Pero esas buenas palabras no se traducen, no al menos cómo requiere el nuevo paradigma sociosanitario y la acuciante insostenibilidad del SNS, en un impulso efectivo desde las Administraciones por la colaboración de la farmacia con el resto de niveles de la AP y la asunción de nuevas funciones: asistencia domiciliaria, cribados... Millones de euros de ahorro están en juego. Solo una implantación generalizada del seguimiento farmacoterapéutico ya aportaría 2.700 millones ‘a la causa’.

KEY WORDS: Farmacia ambulatoria, equipo multidisciplinar, cronicidad, seguimiento farmacoterapéutico, comunicación, atención primaria.

Según los datos que se manejan en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), la farmacia ambulatoria —que apenas representa el 15 por ciento del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas— ha generado desde el año 2009 el 43 por ciento del ahorro total del Sistema Nacional de Salud (SNS). Una contribución que ha sido fundamental para la sostenibilidad del Sistema Sanitario pero que para la que la profesión farmacéutica no es excesivo motivo de orgullo, toda vez que en su mayoría ha venido por el camino de la imposición vía reales decretos económicos, deducciones, aportaciones según facturación, bajadas de precio de medicamentos...

Hay otro ahorro, menos computados en estudios y puesto por ende ‘negro sobre blanco’, del que sí puede lucir orgullo la profesión: el ahorro generado al sistema —y directo— por los resultados en salud en el paciente derivados de sus intervenciones profesionales. El ahorro sanitario, no económico (que también).

Pedía recientemente la consejera de Salud de Andalucía, Marina Álvarez, una “renovación” del SNS pilotada en torno a la atención primaria y que dejase atrás el “hospitalocentrismo”. Cundiendo con el ejemplo, la responsable de la Sanidad andaluza anunciaba que en esta región se ha iniciado un proceso de renovación de este nivel asistencial “con el objetivo de conseguir una AP más efectiva y situada como eje vertebrador del sistema sanitario”, en la que se apuesta por la “personalización” en la atención.

No cabe duda que cuando se trata de “personalizar” la atención y dar respuesta a las necesidades que plantea el nuevo paradigma sociosanitario —envejecimiento y cronicidad—

allí se debe contar con la farmacia ambulatoria. Tanto de los profesionales que ejercen en centros de salud como de la red que conforman las cerca de 22.000 farmacias comunitarias y más de 50.000 profesionales que en ellas ejercen.

Las cosas de Palacio van despacio, dice. También esa integración “efectiva” —los profesionales recalcan el concepto efectividad— de la farmacia en las estructuras y equipos multidisciplinarios de AP. Pero van surgiendo apuestas concretas. Último ejemplo de ello es la Consejería de Salud Universal de Comunidad Valenciana, que acaba de poner en marcha (en fase





de pilotaje) un ambicioso programa pionero de Atención Farmacéutica domiciliaria a pacientes dependientes a cargo de cuidador no profesional: Domi-EQifar. Un programa que, una vez extendido, beneficiará a más de 30.000 pacientes valencianos y que coloca a la farmacia comunitaria en primera línea de atención. El Consejo Valenciano de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha colaborado en su desarrollo.

La finalidad principal del proyecto es mejorar la calidad y seguridad de la farmacoterapia de este colectivo de personas, que son dependientes, crónicas y polimedicadas, a través de un plan individualizado de mejora de su medicación, diseñado por un equipo multidisciplinar y que cuente con la participación activa tanto del paciente como de su cuidador. “El objetivo es definir un plan individualizado de mejora del tratamiento a través de la revisión y seguimiento farmacoterapéutico, con una coordinación y comunicación explícita entre el equipo asistencial y los profesionales de los servicios sociales de atención primaria en aquellas situaciones en que se requiera”, tal como lo presenta la propia consejera regional Carmen Montón.

DE DOMI-EQIFAR A LOS CRIBADOS

El objetivo es definir un plan individualizado de mejora del tratamiento a través de la revisión y seguimiento farmacoterapéutico, con una coordinación y comunicación explícita entre el equipo asistencial y los profesionales de los servicios sociales de atención primaria en aquellas situaciones en que se requiera.

El circuito de atención es el siguiente: los farmacéuticos del Servicio de Atención Primaria identifican potenciales dependientes beneficiarios del programa y en caso de aceptar el paciente es incluido en él. Los profesionales del equipo multidisciplinar (médicos, personal de enfermería, farmacéuticos de atención primaria y farmacéuticos de oficina de farmacia, y otros profesionales según las necesidades del paciente) realizan una revisión farmacoterapéutica y definen un plan de mejora de la



medicación del paciente, incluyendo medidas encaminadas a mejorar el conocimiento y utilización de los tratamientos. El seguimiento farmacoterapéutico, el consejo educacional y la individualización de los tratamientos —vía preparación de sistemas personalizados de dosificación— correrá a cargo de la oficina de farmacia que elija el dependiente y/o cuidador.

La iniciativa valenciana, en la que los colegios tienen puestas grandes esperanzas para demostrar el valor que tiene la oficina de farmacia en el nuevo paradigma sociosanitario, ya se ha iniciado con una prueba en Alcoy (que implica a doce farmacias) y se irá extendiendo progresivamente hasta 2019.



Ahora bien, el camino emprendido por Comunidad Valenciana fue abierto con anterioridad por otras regiones. Más allá de los ahorros que genera al sistema sanitario la participación de las farmacias en redes centinela y cribados (cáncer de colon, VIH) —y al que no estaría de más que alguna Administración pusiese cifras concretas—, otras CC.AA como País Vasco también desarrollan ya programas de seguimiento farmacéutico a través de boticas. Su departamento de Salud ya viene pilotando con anterioridad un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico Integral a pacientes diabéticos crónicos polimedicados. Dieciocho farmacias vascas (con casi un centenar de pacientes asignados) ya desarrollan este programa revisando de forma exhaustiva los medicamentos que el paciente toma y los que tiene prescritos para mejorar su utilización y la adherencia.

De momento, las únicas cifras económicas que se conocen son los 30.000 euros que el Departamento de Salud vasco ha presupuestado en este proyecto, que se que irán destinados directa y exclusivamente a las farmacias involucradas en el plan. Para conocer las cifras de ahorro generado al sistema por esta actuación tocará esperar, aunque nadie descarte que sean mayores. Y es que se estima que por cada euro invertido en la farmacia asistencial, se pueden generar 3 euros al sistema, más allá de los cerca de mil millones de euros que se tiran anualmente “por el desague” por los incumplimientos terapéuticos, según siempre denuncia Jesús Gómez, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (Sefac).

EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AHORRARÍA 2.700 MILLONES DE EUROS

Uno de los mayores problemas que presenta la integración efectiva y colaborativa de la farmacia ambulatoria es la falta de cifras (ahorro) que poner sobre la mesa como credenciales para animar a una mayor apuesta de las Administraciones en sus estrategias en atención primaria.



Uno de los proyectos que ya va con los números por delante es 'conSIGUE', una de las iniciativas 'estrella' del Consejo General de COF. Hasta la propia presidenta del Congreso de los Diputados y ex ministra de Sanidad, Ana Pastor, elogiaba la iniciativa en el acto de entrega de los Premios Panorama del CGCOF el pasado mes de diciembre: "los resultados del proyecto han demostrado que el papel del farmacéutico es mucho más del que se preveía. La prestación por el farmacéutico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores, crónicos y polimedicados hace que el paciente percibe una mejora de casi siete puntos en su calidad de vida, y eso se debe a las farmacias de nuestro país y sobre todo a los farmacéuticos españoles. En definitiva a un modelo basado en el carácter asistencial y sobre todo en dar respuesta a la sociedad del siglo XXI", indicó la otrora máxima representante de la Sanidad nacional.

Raquel Varas, del departamento de Servicios Asistenciales del CGCOF desgrana para EDS la vida de este proyecto que, en sus credenciales globales, deja entrever que la implantación generalizada del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias españolas permitiría generar unos ahorros al sistema de 2.272 millones de euros.

Según recuerda la representante del CGCOF, el estudio piloto que se llevó a cabo en 2009 en los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cádiz, Granada y Murcia. Posteriormente, el estudio de impacto se llevó a cabo entre 2011 y 2013 durante 6 meses en los colegios de Guipúzcoa, Granada, Las Palmas y Tenerife para continuar el estudio para la implantación del servicio en otras 12 provincias.

Varas recalca datos obtenidos como "la reducción en un 54,1 por ciento los problemas de salud no controlados, en un 53,1 por ciento los pacientes que acudieron a urgencias o en un 59,8 por ciento los que fueron hospitalizados, además de una reducción media de 0,39 medicamentos por paciente. Todo de prestarse el Servicio al universo de pacientes mayores, crónicos polimedicados". "En la actualidad

seguimos en marcha en otros seis COF generalizando el servicio y utilizando soportes informáticos. Están trabajando 130 farmacéuticos de Santander, Zaragoza, Murcia, León, Toledo y Cáceres", apunta Varas al destacar que entre las principales conclusiones extraídas hasta el momento se observa que "el programa es eficaz en el 90 por ciento de los casos para conseguir que el farmacéutico implante el servicio de SFT".

Ana Pastor: "los resultados del proyecto 'conSIGUE' demuestran que el papel del farmacéutico es mucho más del que se preveía"





PROTAGONISMO EN LOS CENTROS DE SALUD

Cambia el lugar —de la botica al centro de salud—, pero sin cambiar el nivel (AP) ni el mensaje reivindicativo de integración con afán de sumar y contribuir que se transmite desde la Sociedad Española de de Farmacéuticos de Atención Primaria. Esta sociedad celebró, a principios de noviembre en Murcia, su XXII Congreso Nacional bajo el lema ‘El farmacéutico de Atención Primaria que necesitan los pacientes y el sistema sanitario’ y que buscaba un claro objetivo: colocar al farmacéutico de AP dentro de los centros de salud o centros sociosanitarios e incluirlo en el equipo multidisciplinar.

Durante el Congreso se fomentó una mayor colaboración entre profesionales porque “el futuro pasa por la coordinación y cooperación entre médicos y farmacéuticos para evitar errores y duplicidades a la hora de prescribir y aplicar los tratamientos a los pacientes”, sostenía José Manuel Paredero, presidente del Comité Científico quien destacaba que la relación entre estos profesionales es “muy mejorable” porque en determinados ámbitos “estamos en compartimentos estancos”.

Mientras tanto, Ángel Mataix, presidente de Sefap incidía en que “lo que queremos desarrollar es el papel clínico del FAP y eso solo se consigue integrándolo en los equipos multidisciplinarios de atención al paciente. En definitiva introduciéndolo en el centro de salud y trabajar codo con codo con médicos y enfermeros. No hay una hoja de ruta establecida, pero donde ya estamos trabajando se demuestra que nuestro trabajo facilita mucho el trabajo del médico”.

Mataix echaba la mirada atrás y mantenía que llevan 30 años trabajando en el sistema sanitario. Tres décadas en las que la concepción del farmacéutico de AP ha evolucionado de un controlador del gasto a la percepción que se tiene en la actualidad de un compañero y un profesional sanitario más.

El presidente de Sefap reconocía que uno de los puntos más flojos de la Sociedad es el



conocimiento que tiene el paciente del propio FAP “porque nuestra labor hasta hace poco no ha estado muy orientada hacia él. No hemos trabajado directamente con el paciente así que no nos conoce, por ello estamos trabajando intensamente para que nos conozca”.

Murcia sirvió como escenario del encuentro anual de Sefap y no fue por casualidad. Mataix reconocía que eligieron la Región para darse a conocer ya que en esta Comunidad no hay, como tal, farmacéuticos de atención primaria ya que en su día se integraron en los hospitales. De este modo, la cita resultó ser un completo éxito porque, durante la inauguración, el consejero de Sanidad murciano, Manuel Villegas, anunció que el Servicio Murciano de Salud (SMS) creará el próximo año las primeras plazas de Farmacia de Atención Primaria.

Tal y como señalaba el responsable de la sanidad murciana, el Gobierno regional trabaja en la modificación del Decreto que regula las funciones de esta especialidad y que permitirá la creación de servicios de esta especialidad en diferentes áreas de salud de la Región.

“Hay que potenciar la Atención Primaria, darle herramientas para que sea más resolutive, encajar adecuadamente todas las piezas del engranaje que conforma el nivel asistencial más importante del sistema sanitario”, destacaba Villegas quien abogaba por “el trabajo, la organización, el diálogo y el consenso, para adoptar medidas que nos hagan avanzar con solidez, reordenando recursos y optimizando la asistencia”.

La ‘Biblia’ colaborativa de la Atención Primaria

Conforme pasa el tiempo, el farmacéutico muestra cada día mayor interés por fomentar su faceta más asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud. Es por ello que, desde diferentes sociedades e instituciones, se muestran muy proclives a impulsar la figura del farmacéutico para que trabaje “codo con codo” con otros agentes sanitarios como, por ejemplo, los médicos. Y es que para que un motor funcione, se necesita el engranaje de todas sus piezas, pues bien, en el ámbito sanitario debe ser igual, por ello se reclama la colaboración y la coordinación entre el médico y el farmacéutico.

A tal efecto, en cuanto a la Atención Primaria se refiere, diferentes sociedades científicas como la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (Sefac), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), la Sociedad española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) tomaron la iniciativa a principios del mes de noviembre.

Todas ellas se reunieron para dar a conocer el primer modelo consensuado de coordinación para el abordaje del paciente crónico y su mejor atención para “marcar la diferencia”, y es que tal y como remarcan en la introducción de dicho documento, las enfermedades crónicas suponen, en la actualidad, un 90 por ciento de las causas de mortalidad, a diferencia de lo que suponían a principios del siglo XX que significaban sólo un diez por ciento. Este cambio, según los responsables de estas organizaciones implica un enorme reto de adaptación para los servicios sanitarios ya que en España hay 20 millones de pacientes crónicos que suponen el 80 por ciento del gasto sanitario.



El documento de coordinación interniveles está enfocado a generar confianza entre médicos y farmacéuticos a través de unos protocolos de actuación consensuados por ambas partes.

El proyecto implica una cuidadosa planificación y para lograr el éxito es necesario el acuerdo entre profesionales, la formación conjunta interdisciplinar y el desarrollo de las herramientas tecnológicas que sean necesarias y, con todo ello, se busca cumplir unos requisitos establecidos como que sea compatible con el trabajo diario de los profesionales, que sea atemporal y que sea aplicable independientemente de la patología que sufra el paciente.

Asimismo debe ser capaz de promover la comunicación y la confianza entre profesionales y de medir resultados en salud y económicos. También debe integrar a enfermería y a otros profesionales de la atención primaria como es el sector de la enfermería.

Todas las sociedades que suscribieron este documento confían en que constituya un paso adelante en la mejora de la atención integral a los pacientes crónicos y que se convierta en un pilar para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

“Hoy es un día importante porque desde diferentes regiones del país y desde actividades diferentes del ámbito de la atención primaria estamos sumando”, afirmaba Jesús Gómez, presidente de Sefac, quien indicaba que los farmacéuticos comunitarios “utilizaremos este documento como si fuera la Biblia. Vamos a poner en marcha proyectos concretos. Ya hay peticiones, avaladas por médicos y farmacéuticos de distintas CC.AA”.

Gómez aludía al enemigo número 1 del documento, que no es otro que la



propuesta de un modelo sociosanitario desde el hospital, tal y como plantean algunas Administraciones. “No hay mayor barbaridad que romper la relación entre el paciente con su médico de AP y su farmacéutico comunitario. Además, abordar la cronicidad desde el hospital conlleva un coste increíble”, advertía.

Por su parte, José Luis Llisterri, presidente de Semergen apuntaba que “es una hoja de ruta estratégica extraordinaria. Este documento plasma las necesidades de cambiar el modelo de AP, hay que ir más allá”. Si bien, Llisterri sostenía que el paciente debe estar incluido en el documento. “Sin las asociaciones de pacientes no podremos avanzar de manera clara porque ellos son los actores principales y nosotros los secundarios”. Otro colectivo al que hacía referencia y

veía imprescindible su inclusión en dicho texto era a los enfermeros. “No pueden no estar en el documento, porque se queda cojo”.

Desde la SEMG, su presidente, Antonio Fernández Pro, destacaba que “lo más importante es que esto es un punto de partida, estamos en la línea de salida y ahora hay que empezar a dar pasos. Estamos haciendo lo que los políticos no han hecho: poner al paciente en el centro del sistema”.

Por su parte, Salvador Tranche, presidente de SemFYC consideraba que este modelo de actuación “va a ser de éxito”. Tranche insistía en que hay que aprovechar el recurso de la extensa red de farmacias y que “es fundamental mejorar el conocimiento de los médicos de familia sobre el trabajo de los farmacéuticos comunitarios y viceversa”.

El primer paso para desarrollar este modelo de coordinación fue analizar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que dicha colaboración interprofesional ofrece y a tal efecto se detalla que, entre los aspectos que dificultan el desarrollo y aplicación de este modelo están las medidas del gasto sanitario que están disminuyendo el margen de beneficios de la farmacia comunitaria. También los recortes, la precariedad e infradotación de la atención primaria desmotivan a los profesionales.

No obstante, entre las oportunidades, se considera que el modelo debe centrarse en las necesidades clínicas del paciente y en la obtención de resultados medibles en salud procurando colaborar en el sostenimiento del sistema sanitario y el control del gasto, así como fomentar la confianza



Representantes de las cuatro sociedades científicas coincidieron en apuntar que este manual estará abierto a otros profesionales sanitarios como, por ejemplo, los enfermeros.

mutua en la forma de trabajar y abordar al paciente, ya que tanto médicos como farmacéuticos van a ser responsables de su seguimiento. A su vez, la confianza se fomentará a través de formación específica y sesiones clínicas conjuntas que permitan adoptar los mismos objetivos y el mismo lenguaje clínico.

En cuanto a los niveles de actuación se distinguen dos. Por un lado el nivel 1 corresponde a un nivel de pilotajes, actuación local o directo entre un único centro de salud y la farmacia. Mientras, el nivel 2 se corresponde con una implantación apoyada por la Administración. A su vez se incide en dos tipos de intervenciones que pueden ser sobre el tratamiento farmacológico (interacciones y efectos adversos, duplicidades, adherencia terapéutica, etc.) e

intervenciones preventivas y de promoción de la salud como por ejemplo son los cribados y en los que el farmacéutico comunitario puede jugar un papel esencial.

Este texto “pionero” de coordinación médico-farmacéutico analiza los dos requisitos para que dicha colaboración pueda ponerse en práctica. Dos requisitos que tienen que ver con aumentar la confianza entre médico y farmacéutico y con la compatibilidad con la rutina de cada uno de los profesionales. Para ello, el texto recomienda a los profesionales, por ejemplo, tener un primer contacto por correo electrónico o teléfono y concertar posteriormente una cita presencial, aprovechar reuniones de los centros de salud para presentar a los farmacéuticos de la zona o crear comisiones de seguimiento.

El último capítulo del documento versa sobre la redacción de los protocolos y la operativa del modelo, es decir, cómo funcionará la relación en el día a día. A este respecto, las sociedades científicas elaborarán de forma consensuada una propuesta básica de partida que sirva de base para que, posteriormente, puedan ser adaptados y avalados por la Administración e incorporados en las distintas estrategias de salud. Entre los aspectos que deben recogerse en un protocolo deben recogerse la introducción, justificación, objetivos, población diana, actividades formativas o datos de identificación, entre otros.

Este modelo impulsa a la farmacia y al farmacéutico como figuras clave dentro de la atención primaria. Una pieza más que unir al puzzle que sentará las bases para el abordaje multidisciplinar que beneficie al paciente crónico en sus necesidades actuales. ■



La apuesta andaluza por renovar la Atención Primaria

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO

Redactora Jefe de Gaceta Médica

Hace más de un año, la consejería de Salud de la Junta de Andalucía presentó la Estrategia para la renovación de la Atención Primaria con el objetivo de responder mejor a la evolución social y al avance profesional reorganizando la respuesta asistencial en el primer nivel. La consejería espera que en dos años la plantilla de AP se amplíe en cerca de 1.500 profesionales.

KEY WORDS: Atención primaria, Andalucía, enfermos crónicos, estrategia, presupuestos.

Más de un centenar de profesionales participan desde el pasado mes de noviembre en los grupos de Trabajo creados por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para avanzar en su Estrategia de Renovación de Atención Primaria.

Uno de ellos trabaja en el diseño del catálogo de pruebas diagnósticas, con el objetivo de definir una propuesta antes de final de año que proporcione a los especialistas en medicina familiar un mayor y mejor acceso a los procedimientos diagnósticos, mejorando así la capacidad resolutoria de los centros de salud andaluces. Medidas que contempla el Proyecto Estratégico de Alta Resolución Diagnóstica y Terapéutica en Atención Primaria, con el que el ejecutivo regional pretende mejorar la calidad y los tiempos de respuesta, evitando desplazamientos innecesarios y mejorando el funcionamiento de las interconsultas, potenciando las consultas en acto único. Simultáneamente, tal y como remarcan desde la consejería de Salud, se incrementará el equipamiento diagnóstico de los centros de salud, con la capacitación necesaria de los profesionales.

La intención es mejorar el acceso a pruebas como ecografía, radiología o de laboratorio, acercándolas al paciente, así como incrementar procedimientos terapéuticos como infiltraciones o implantes anticonceptivos, tal y como ha informado la consejería.

Este tipo de propuestas están siendo analizadas por médicos de familia, pediatras, odontólogos, radiólogos, especialistas en Anatomía Patológica y otros de digestivo, cardiología o neurología, que plantearán los circuitos y el abordaje de este tipo de pruebas en el primer nivel.

Al mismo tiempo, el SAS ha puesto en marcha un segundo grupo de trabajo que revisará

la atención urgente en primaria, analizando de forma diferente esta prestación en ámbitos rurales, urbanos y núcleos aislados. De igual modo, responsables de la consejería se han reunido con miembros de la Asociación Andaluza de Matronas para incorporar sus recomendaciones a la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria.





La creación de estos grupos es el paso más reciente hacia la renovación de la atención primaria que la comunidad andaluza se propuso hace más de un año. El objetivo de esta Estrategia de Renovación de la Atención Primaria, cuyo documento íntegro puede consultarse a través de la web de la consejería, no ha sido otro que responder mejor a la evolución social y al avance profesional de los últimos años. Sobre esta idea, la consejería diseñó un plan, en colaboración con grupos de trabajo profesionales, sociedades científicas y colegios profesionales que se materializó en este texto. Un documento que recoge 82 acciones, agrupadas en 20 líneas de intervención que dan respuesta a 12 propuestas estratégicas.

Desde la Consejería de Salud andaluza añaden que para conseguir los resultados necesarios, se aumentará la disponibilidad de recursos y se tomarán medidas dirigidas a aumentar el tiempo de calidad de los profesionales. En este camino, ya se han introducido algunos cambios, como el avance hacia la implantación de un modelo integrado orientado a crónicos, liderado por equipos multidisciplinares que trabajan con planes personalizados de actuación, que diseñan de forma conjunta con el paciente y su entorno.

Para ello, se ha comenzado a implantar un modelo integrado de atención a pacientes crónicos complejos, basado en equipos funcionales multidisciplinares y con agendas específicas, que trabajan con planes personalizados de actuación, en cuya elaboración participan las propias personas atendidas y entorno. Un modelo en el que las nuevas tecnologías facilitan la labor de todos. Actualmente, según datos ofrecidos por la consejera de Salud, Marina Álvarez, durante su intervención en una jornada sobre la calidad del Sistema Nacional de Salud, más de 20.000 personas cuentan ya con un plan de este tipo.

De igual modo, se trata de avanzar en la personalización de la atención, recuperando el equipo básico de primaria, integrado por personal médico y de enfermería, y asignando profesionales de referencia durante el ingreso hospitalario. La iniciativa da mayor peso a las competencias profesionales de enfermería.



La comunidad ha comenzado a implantar un modelo integrado para pacientes crónicos complejos



EL PUNTO DE PARTIDA

La elaboración de esta estrategia parte de un diagnóstico de situación claro. La atención primaria se encuentra en España, en general, y en Andalucía, en particular, en un punto crítico desde tres perspectivas:

- La primaria carece de visibilidad para los ciudadanos. No la identifican con un activo esencial del sistema sanitario.
- En la esfera política, ha perdido progresivamente relevancia entre las prioridades sanitarias, en especial en la última década, como demuestra la pérdida de presupuesto destinado al primer nivel.
- En los profesionales, se dan dos situaciones diferentes. Por un lado, en aquellos que cuentan con una situación estable, existe una desmotivación creciente. Mientras los más jóvenes arrastran una situación de precariedad y eventualidad laboral.

Fuente: Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria.



PROPUESTAS ESTRATÉGICAS

1. Impulsar una AP vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente.
2. Desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional.
3. Profundizar en valores esenciales que han hecho de la AP un referente social y en salud.
4. Generar un marco profesional estable para la gestión clínica de la AP.
5. Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.
6. Primacía efectiva de la orientación a resultados para guiar los cambios de la organización.
7. Desarrollar un modelo de financiación de las Unidades de Gestión Clínica de AP basada en criterios corporativos de ordenación de recursos, ajustados por morbilidad atendida y resultados en salud.
8. Potenciar la I+D en AP.
9. Incorporar un Código Ético Corporativo.
10. Mejoras de apoyo a la gestión clínica (TIC y sistemas de información, biografía sanitaria, procesos de formación continua, mejora de gestión de recursos, mejoras en instrumentos de gestión del tipo de acuerdos, participación ciudadana y cartera de servicios, etc.)
11. Marcar una financiación suelo de la AP.
12. Financiación específica del Plan de Acción.

Fuente: Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria.



El enfoque se articula en 12 propuestas estratégicas, 20 líneas de intervención y 82 acciones para las cuales se movilizarán los recursos necesarios

La implantación de la estrategia ha supuesto también la revisión de los cupos y una planificación de recursos humanos a cuatro años. Para ello, se ha valorado la complejidad, el perfil de morbilidad y el contexto sociosanitario, en la medida que supone un determinante de las necesidades en salud. En esta tarea ha sido de gran ayuda el uso del sistema ACGs (adjusted clinical groups) y la base de datos poblacional.

Desde Salud explican que se ha comenzado por reasignar los cupos más sobrecargados, para lo que se han creado 105 equipos nuevos, que supondrán la contratación de 105 especialistas de medicina familiar y comunitaria y 105 de enfermería. Según sus cálculos, la contratación, que comenzó en octubre, se ampliará a cerca de 400: 105 médicos de familia, 210 enfermeras, 33 matronas, ocho pediatras y 30 trabajadores sociales.

Asimismo, la intención es completar los equipos con personal de apoyo en salud pública, bucodental fisioterapia o trabajo social, de manera que en los próximos dos años calculan realizar alrededor de 1.000 contrataciones, aumentando así la plantilla total en primaria en 1.500 profesionales.

La ampliación de plantilla, explica Álvarez, complementa las medidas que ya están en marcha para mejorar la estabilidad laboral de los profesionales, una cuestión que subraya como “fundamental para garantizar una relación de calidad entre el equipo asistencial y la población asignada, basada en la confianza que se genera con el tiempo. No hay que olvidar, remarca, que entre 2013 y 2017 se han convocado más de 10.200 plazas en distintas OPEs, y han pasado a ser interinos más de 15.000 profesionales eventuales.



La consejera de Salud de Andalucía, Marina Álvarez, ha destacado en reiteradas ocasiones su defensa de la atención primaria, que considera que “es la piedra angular de calidad” del Sistema Nacional de Salud. “Una atención primaria fuerte mejora los resultados del sistema en su conjunto, con mayor calidad, equidad, eficiencia y satisfacción en la población”, defendía recientemente en

un ciclo de conferencias sobre la calidad del SNS.

La visión sobre el primer nivel que defiende la consejera en reiteradas intervenciones es la de “elemento nuclear y eje vertebrador del sistema sanitario, para garantizar la universalidad y la equidad de una atención longitudinal, integral y de calidad, con la que contribuir a la sostenibilidad de los sistemas públicos”. Una afirmación

UNA VISIÓN CRÍTICA

A pesar de esta declaración de intenciones para reforzar el primer nivel en la región, el Sindicato Médico Andalúz ha manifestado en reiteradas ocasiones que continúan esperando que las medidas anunciadas en este plan se pongan en práctica. Una de las críticas más sonadas es que esta estrategia, presentada en actos públicos y ante los medios de comunicación, no ha contado con ellos.

El SMA subraya que la situación actual de la AP en la región es sumamente crítica. Tanto, indican, “que el propio SAS se inventó una ‘productividad’ para ofrecer las sustituciones de los compañeros de vacaciones que no iban a ser cubiertas”, denuncia.

El sindicato andalúz denuncia que, hasta la fecha, tampoco se ha negociado la creación de las Unidades de Gestión Clínica de Urgencias en AP cuya creación ya ha comenzado.

Los sindicalistas lamentan que, por ahora, a los representantes de los trabajadores en la mesa sectorial no les han facilitado ningún detalle. “Ni de cómo se han aplicado los famosos ACG (Adjusted Clinical Groups) ni de dónde van los cupos”, advierten.

El SMA, insisten, sigue esperando la oportunidad de poder hablar de este asunto con la gerente del SAS, y critican que esta estrategia persigue como objetivo conseguir publicidad, “para dar la sensación de que por fin se toman en serio las condiciones de los profesionales, en un intento algo estéril de lavar su mala imagen, que ponen de manifiesto, remarcan, los movimientos sociales de los últimos tiempos”. En cualquier caso, el SMA realiza un llamamiento al diálogo, sobre este y otros asuntos, a la gerente del SAS y a la consejera de Salud andaluzas.

que sustenta sobre el argumento de que la primaria permite centrar la atención en las personas en su contexto, trabajando sobre problemas de salud, y también sobre las condiciones y el estilo de vida que puede estar relacionado.

Según sus palabras, es imprescindible el compromiso de toda la organización sanitaria, con la participación de profesionales y ciudadanos.

Por todo esto, destaca que el primer nivel debe tener un peso importante en el presupuesto del SNS, ya que es “la base del sistema, de su calidad y su sostenibilidad”. De ahí que esta comunidad autónoma, insiste, haya incrementado en 124 millones de euros su presupuesto en AP a lo largo de este año, hasta alcanzar los 1.575,4. Una cifra que, asegura, volverá a crecer para 2018.■





Nuevo modelo de gestión para el manejo de la diabetes

SANDRA PULIDO

Redactora de Gaceta Médica

La irrupción de las nuevas tecnologías ha supuesto el comienzo de nuevas estrategias que aborden la diabetes centrándose en la atención individualizada. Se ha demostrado que los pacientes diabéticos que tienen un control continuado de su nivel de glucosa en sangre tienen mejores resultados clínicos. Roche Diabetes Care ha lanzado la solución Diabetes 360 (D360), un modelo orientado a la gestión de los recursos en centros públicos de Atención Primaria para el manejo de la población con diabetes.

KEY WORDS: diabetes, dm2, atención primaria, glucosa, nuevas tecnologías, sistema nacional de salud, estrategias.

Un total de 415 millones de personas en todo el mundo están viviendo con diabetes, cifra que aumentará a 642 millones (1 de cada 10 adultos) en el año 2040, siendo un 90 por ciento pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), según datos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés).

La DM2 se ha convertido en uno de los problemas sanitarios más graves de nuestro tiempo. Recientemente se ha acuñado el término *diabesidad* unificando dos enfermedades muy estrechamente asociadas, diabetes tipo 2 y obesidad. Esta última supone en torno al 90 por ciento del total de los casos de diabetes y su incidencia está aumentando de manera muy llamativa en los últimos años en relación con los cambios en el estilo de vida, cada vez más sedentario y con una dieta que favorece la ganancia de peso, llegando a calificarla desde la Fundación para la Diabetes, como “Epidemia del Siglo XXI”.

Uno de los problemas del Sistema Sanitario de Salud (SNS) a la hora de abordar la diabetes es que el modelo de gestión está orientado a pacientes agudos. No a pacientes crónicos. Adaptar el SNS a la cronicidad es un reto constante donde el papel de Atención Primaria es clave en esta ecuación.

“El sistema sanitario está reorientándose hacia la cronicidad, ya inmerso en un escenario de envejecimiento progresivo y aumento de la esperanza de vida, y cada vez somos más eficaces en el tratamiento de las enfermedades. Nos orientamos a un escenario en el que enfermedades que antes tenían una alta mortalidad se han convertido en crónicas y además, al vivir más, duran mucho más en el tiempo”, explica Carlos Peña, Director de Enfermería del Área IX de Salud Vega Alta de Salud.



“Este reto es importante tanto en la esfera de volvernos más eficaces en nuestras intervenciones pero también en la esfera de la eficiencia y sostenibilidad. Por este motivo es importante diseñar estrategias que aborden la diabetes en función del nivel de complejidad de la persona, adaptando los recursos disponibles. Por ejemplo, para niveles de complejidad simples, las estrategias se centran en la promoción de la salud y la formación en autocuidados. A medida que aumenta la complejidad, los pacientes necesitan cuidados profesionales de apoyo”, resalta Peña.



NUEVAS ESTRATEGIAS

La irrupción de las nuevas tecnologías ha supuesto el comienzo de estas nuevas estrategias que aborden el problema centrándose en la atención individualizada. Se ha demostrado que los pacientes diabéticos que tienen un control continuado de su nivel de glucosa en sangre tienen mejores resultados clínicos, tanto en individuos con diabetes tipo 1 como los que sufren diabetes tipo 2.

Roche Diabetes Care ha lanzado recientemente la solución Diabetes 360 (D360). Se trata de un nuevo modelo orientado a la gestión eficaz de los recursos en centros públicos de Atención Primaria para el manejo de la población con diabetes.

Este modelo está formado por *Eminnens ePanel*: Una plataforma única de gestión que mediante la recogida de datos de un paciente con diabetes que utilice un dispositivo de medición, permite que el sistema reconozca el uso real de los recursos, detecte a pacientes mal controlados y analice los datos clínicos.

Básicamente lo que hace es que “el paciente diabético en su casa toma las mediciones de azúcar y toda esa información se va almacenando en su medidor de glucosa. Por lo tanto, el paciente va siguiendo la pauta que el profesional le ha indicado y cuando llegue el momento de ir a recoger tiras nuevas va al centro de salud con su medidor y la información se descarga automáticamente en su plataforma”, describe Fernando Hernández Segado, experto en Soluciones de Gestión Sanitaria de Roche Diabetes Care.

GESTIÓN DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS

Según el Centro Nacional para la Información Biotecnológica (NCBI) los datos escritos en el diario del diabético son incorrectos por errores voluntarios o involuntarios de transcripción en aproximadamente un 92 por ciento de los casos.

Esta plataforma permite la detección de pacientes con control insuficiente, ajustar tratamientos y si es necesario, llevar a cabo una reeducación para mejorar la adherencia al tratamiento.

D360 “te dice dos informaciones principales. Por un lado, si es adherente al tratamiento y si ha seguido la pauta que el profesional le ha mandado y por otro, le dice al médico si ese paciente tiene hipoglucemia, hiperglucemia si ha tenido desviaciones con respecto a las mediciones que tenía que tener, etc”. Es decir si se descompensa, continúa Hernández Segado.

Por otro lado controla la dispensación de tiras reactivas en función de la guía clínica y el consumo real, así como garantiza la disponibilidad de material y previene roturas de stock.

“De manera que lo que controlamos son dos cosas, por un lado, el estado de salud del paciente y por otro lado, si el paciente ha consumido las tiras que tiene que consumir, ni más ni menos. Por tanto, tenemos dos indicadores el uso eficiente de los recursos y por otro lado, el estado de salud del paciente”, añade el experto.

“En base a eso se va controlando si el paciente necesita algún tipo de modificación en su terapia. Por ejemplo, en las desviaciones vemos si no está bien regulado pues vamos a hacerle algún control más o bien está muy bien regulado y vamos a hacerle un control menos. Y luego si hay problemas de salud pues lo que hace es cambiar la dosis de la medicación que está tomando, cambiar la dosis de insulina...”, puntualiza.





EVALUACIÓN EN UN CASO REAL

El centro de Atención Primaria de Vallcarca (Barcelona) probó durante un año esta nueva herramienta con el objetivo de mejorar la eficiencia en la provisión de tiras reactivas y mejorar el control de los enfermos diabéticos

Los resultados, que fueron presentados en el Congreso de Enfermeras Directivas de Cataluña 2016, arrojaron las siguientes conclusiones:

La experiencia de pago per cápita de tiras reactivas supuso un ahorro del 25 por ciento en el presupuesto destinado a estos instrumentos durante el año de implementación.

A pesar de la importancia del ahorro económico que esta acción ha supuesto, también ha influido en el cambio operativo de la dispensación de las tiras reactivas y la disminución de cargas de trabajo tanto por parte de los profesionales de enfermería como en los servicios de administración.

En programa se incluían un total de 2.583 pacientes con diabetes (la mitad de los diabéticos que se atendían en aquel momento en el centro). La plataforma informática permitió al profesional valorar la evolución del paciente y sólo un 20% de los pacientes necesitó una atención complementaria en consulta por un mal control.

Como clave, el centro ha destacado la importancia del ahorro económico, la buena acogida por parte de todos los implicados, tanto por parte del equipo sanitario como de los pacientes, y la disminución en cargas de trabajo en general.

Reconocieron que el soporte informático es una herramienta muy útil para conocer los datos clínicos y el control metabólico, así como la adecuación en el uso de tiras reactivas por parte de enfermos diabéticos.



BENEFICIOS PARA LOS AGENTES IMPLICADOS

El tener un control completo sobre el paciente con diabetes reduce los episodios de hospitalización y visitas al médico, así como un incremento a la adherencia al tratamiento, mejora de la percepción de la calidad del servicio y una mayor motivación en el paciente.

En el área de Salud IX Vega Alta del Segura han comenzado a pilotar la herramienta en uno de sus centros de Atención Primaria (Cieza Oeste). Entre los beneficios para el paciente “supone aumentar el control acerca de los resultados glucémicos y de la adherencia a las pautas que le dan los profesionales sanitarios. Además este control se realiza de una manera más corta en el tiempo y simplificada al profesional, ya que se trabaja con sistemas de alertas. Si existe una alteración significativa de los parámetros, el profesional lo detecta antes lo cual permite establecer acciones correctoras de una manera más inmediata, como potenciar la educación para la salud (dieta-ejercicio), entrenamiento en autocuidados...” subraya Carlos Peña, Director de Enfermería del Área IX de Salud Vega Alta de Salud.

En cuanto a la eficiencia del sistema supone una optimización de los recursos ya que controla la entrega del material y anticipa las complicaciones. Todo ello abre el camino a una mejora clínica porque hace un filtrado preventivo de pacientes mal controlados y contribuye en la toma de decisiones clínicas.

FORMACIÓN CONTINUADA AL PACIENTE Y AL SANITARIO

La herramienta D360 viene apoyada con un aula del paciente que contiene contenidos educativos y materiales visuales para enseñar a los usuarios a utilizar los glucómetros de forma correcta y a descargar los datos en la plataforma.

En el caso de los profesionales, reciben una formación acreditada y especializada para el equipo médico.



“Aunque el aplicativo es muy fácil, los profesionales necesitan adquirir las competencias básicas para poder utilizarlo de la mejor manera posible. Esta formación está acreditada y es específica para esta iniciativa. Pero además, también va acompañada de educación grupal para pacientes con diabetes, de tal manera que la intervención sea lo más global e integral posible: Modelo de formación integral y personalizado”, expone Carlos Peña.



CONTROL CONTINUADO GRACIAS A LA INFORMACIÓN

Las nuevas herramientas tecnológicas evitan el índice de recaídas en pacientes crónicos gracias a información continuada.

“Las nuevas tecnologías lo que nos ayudan es a tener la información de manera más rápida y segura. En algunos casos incluso en tiempo real. De esta manera tendremos constancia más fidedigna del estado del paciente”, explica Carlos Alberto Arenas Gerente Área IX de Salud Vega Alta de Segura.

En el tratamiento de la diabetes es importante cuanto más control metabólico exista, habrá menos riesgo de complicaciones posteriores y mejor calidad de vida del paciente a futuro.

Y es que hoy en día la tecnología nos está ofreciendo la posibilidad de recoger muchos más datos de los que se estaban recogiendo hasta ahora. Estamos en la época del Big Data que está llegando poco a poco al sistema sanitario.

“El Big Data es un concepto de moda que ya realmente existe en otros sistemas de información pero que aún está algo lejos de conseguirse en el entorno sanitario donde la información está más compartimentada y es de menor acceso global debido a la confidencialidad de los datos. Posiblemente cuando tengamos datos de monitorización economizados que pasen de varios miles de pacientes se podrá hablar de Big Data en este tema”, continúa Arenas. “Por el momento, tener a los pacientes mejor controlados con las herramientas y la información de la que disponemos ya es un gran avance” concluye el gerente. ■

Tener un control completo sobre el paciente con diabetes reduce los episodios de hospitalización y visitas al médico



Presidente de AESEG

Raúl

DÍAZ-VARELA

El sector de los medicamentos genéricos ha celebrado durante el año 2017 los 20 años de la llegada del primer genérico a España. Y lo hace en un momento clave para su desarrollo futuro. La realidad actual habla de un mercado que no crece y que no cuenta con ninguna medida normativa que favorezca la entrada de estos medicamentos en los sistemas sanitarios. Raúl Díaz-Varela, presidente de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos, explica el momento actual, el camino recorrido y las necesidades de un sector clave para la sostenibilidad del SNS.

Por Mar Barberá
Redactora de Gaceta Médica



Pregunta. Se cumplen 20 años de la entrada del genérico en el mercado español, ¿Cómo valora su evolución en estos 20 años?

Respuesta. Ha sido una montaña rusa ya que hemos tenido distintos momentos en estos 20 años de historia de los genéricos. Un despegue suave, donde entraban nuevas moléculas pero a un ritmo bajo, entre el año 97 y el 2002. Después un cierto crecimiento a partir de esta época y claramente más acelerada a partir del 2009 ya hasta el 2014 donde coincidieron muchos vencimientos de patentes de productos muy importantes, con altísimo valor de ventas. A partir del 2015 en adelante, particularmente a partir de la entrada de la igualdad de precios en enero del 2016, hubo un parón muy significativo y una penetración del genérico mucho más suave. Si miramos atrás en estos 20 años podemos ver que las compañías de genéricos se han consolidado en el mercado. Muchas de ellas son un referente. Pero lógicamente, esta trayectoria tan larga, de desarrollo y puesta en el mercado de muchos productos en este momento ha generado un poco más de incertidumbre.

P. En julio, Aeseg presentó un documento para reactivar el mercado de genéricos, ¿han podido presentar este documento a las autoridades?

R. Sí, se han celebrado varias reuniones a todos los niveles para presentar este documento. No solo al Ministerio de Sanidad, sino también al Ministerio de Industria o incluso a la Oficina Económica del Gobierno, que también son decisores en políticas de precios. Es un documento que refleja muy bien las inquietudes del sector en este momento y pro-

pone una serie de alternativas para lo que creemos que es necesario para que este mercado no caiga en el olvido.

P. En los últimos años se han introducido cambios regulatorios que han afectado de forma directa al sector (discriminación positiva, siglas EFG, etc), ¿Qué influencia han tenido en el mercado del genérico?

R, Es la suma de muchas políticas pero si miramos desde el 2016 un factor fundamental es la igualdad de precio, lo cual es una aberración en sí misma cuando uno habla de genéricos. Y además, si la única medida que quedaba era la discriminación positiva en caso de igualdad de precio, si esa se elimina las consecuencias están claras. Ese ha sido el cambio brutal que ha habido en la introducción de los nuevos genéricos. Antes podíamos estar en introducciones del 70 u 80 de una nueva molécula, ahora estamos hablando del 20 ó el 30 por cientos a repartir-



Si miramos
atrás en estos
20 años
podemos ver
que muchas de
las compañías
de genéricos
son un
referente



nos entre todas las compañías de genéricos. Eso es un impacto muy importante y demuestra poco interés por los genéricos en estos momentos o una utilización de estos medicamentos muy cortoplacista. Nos utilizan para bajar el precio una vez y a partir de ahí, se olvidan del genérico y de su suerte.

P. El diferencial de precio es la principal reivindicación del sector, ¿Cree que están cerca de conseguirla?

R. Nosotros nunca nos centramos en una propuesta en concreto porque, realmente entendemos que por circunstancias políticas, o distintos momentos del propio mercado y de las prioridades de cada ministerio no en cada momento necesariamente tiene que haber una medida que funcione. Pero es verdad que somos el único mercado de nuestro entorno donde el genérico y la marca están obligados a estar en el mismo precio. Ni siquiera sirve de nada que el genérico, buscando

más volumen de unidades, baje su precio porque la marca está obligada a seguirlo, por eso es en sí mismo una imperfección del sistema. Por este motivo, nosotros pensamos que la mejor manera es que vuelva a haber una diferencia de precios. Entendemos que incluso a las marcas les podría interesar ya que no todas están contentas por tener que bajar desde el primer día el precio. Hay precios europeos y otros factores que influyen, pero si no fuese así creemos que como mínimo debería haber un precio inicial en el que el genérico baja el precio y la marca no está obligada a bajarlo. Si esto no lo conseguimos, pensamos que hay otras medidas. En el sector se han discutido muchas de ellas, otras se ven, en este momento, políticamente difíciles de aplicar como puede ser el copago evitable o como había sido hasta ahora la discriminación positiva. Porque es verdad que ningún mercado de genéricos funciona solo, sin ayudas. Es decir, el genérico tiene que tener la posibilidad de ser diferente en precio (que sería lo más lógico y que es la razón de ser del genérico) o sino tiene que tener otras herramientas que permitan una diferenciación o un apoyo. En algunos mercados se trata de incentivos a la dispensación en farmacias. Nosotros no decimos que haya una única medida que funcione. Por ejemplo: si uno coge documentos de la patronal europea de genéricos, puede ver que no todos los mercados funcionan igual pero que todos, o casi todos, tienen alguna medida que diferencia al genérico de la marca y que permite su introducción más rápida. En España esto, en este momento, no existe.



P. Sanidad sigue teniendo asuntos pendientes con el sector, como la firma del pacto de sostenibilidad que nunca se firmó pese a tenerlo escrito ¿Cree que se retomará?

R. Este pacto lo teníamos cerrado y luego no se acabó firmando nunca. Tenía sentido porque las empresas de genéricos no aportamos nuevo gasto, al contrario, aportamos una medida que inmediatamente baja el 40 por ciento a cualquier molécula. Por tanto, era difícil que se nos metiera en el saco de los que hacen que el gasto crezca: Nosotros cambiamos de un proveedor a otro pero el gasto sigue siendo el mismo o menor. Creemos que dentro de este pacto, si el mercado del genérico crece por encima de un determinado volumen y se toman medidas para ayudar a que este mercado crezca, podemos revertir parte de este crecimiento también en el sis-

tema. En nuestro caso, no por haber generado más gasto sino por habernos permitido tener más introducción en el mercado y quizá más rápido si las medidas son las adecuadas. En aquel momento se hablaba de insistir, porque no es homogénea la introducción de la prescripción por principio activo, y creíamos que esta medida era el primer paso para que luego la introducción de los genéricos fuese más rápida. Había muchas comunidades que no estaban ni controlando ni incentivando este hecho. Creíamos que si desde el ministerio se tomaban iniciativas, estas se tenía que pactar con las comunidades autónomas, no era el ministerio el que tomaba una medida aislada, ya que se suponía que estos pactos iban a tener un reflejo en el Consejo Interterritorial. Nosotros estábamos encantados de retornar parte de esa cuota de creci-



miento que podíamos conseguir si eso se daba. No somos generadores de nuevo gasto pero, aún así, estábamos dispuestos a participar de ayudas al sistema, siempre y cuando tuviéramos una mayor introducción. No se firmó, todavía no sabemos muy bien porqué. también es verdad que actualmente no tendría ningún efecto. Si miramos desde que lo firmaron Farmaindustria y el Ministerio, como nuestra evolución, tal como estaba escrito, ha sido negativa, pues no hubiese tenido ningún efecto de compensación. Lo que nos hubiese gustado es que se hubiera tomado en serio este pacto y se hubieran tomado medidas que hubiesen ayudado a que esta penetración de genéricos hubiese crecido.

P. Encarnación Cruz ha anunciado en reiteradas ocasiones su intención de

dotar al sistema de medidas que incentiven el uso de medicamentos genéricos y biosimilares, ¿cómo han valorado esta medida desde la asociación?

R. Encarnación Cruz, obviamente por su pasado reciente como responsable de Farmacia de una consejería de Sanidad conoce muy bien lo que aporta el genérico porque lo ha tenido como una herramienta en su sistema y, por tanto, ella cree que debe hacerse algo más. Sin embargo, creemos que de momento solo es un anuncio institucional y aún no se han tomado cartas en el asunto ni se han hecho propuestas concretas. Estamos a su disposición. De hecho, ya hemos mantenido reuniones en las que se ha planteado la voluntad general de incentivar el uso de este tipo de medicamentos y que tenga una concreción en algún tipo de medida.



P. En este sentido, Cruz además alabó el uso de estos medicamentos como acceso a la innovación. ¿Esta afirmación puede ser el inicio de un cambio de paradigma y por tanto mejor penetración de mercado?

R. Al final estas cosas siempre han ido ligadas. Una medida que se tomó en un momento de crisis, como pasa muchas veces, para intentar acelerar la reducción de gasto farmacéutico que es la igualdad de precio y, por tanto, bajar desde el primer día de un disparo el 40 por ciento todo el mercado de cualquier molécula el día que sale el genérico, pues permitió bajar el gasto de 12.500 a 9.000 millones en poquísimos tiempo. Está muy bien, pero se ha quedado como una medida estructural y no coyuntural. Eso hay que cambiarlo. Estamos presentando nuestras iniciativas y, a partir de ahí, estaremos siempre del lado en el que siempre hemos estado: la innovación se paga también con los ahorros que se genera en los productos ya maduros: porque han vencido su patente. Los ejemplos más clásicos son, por ejemplo, el omeprazol, que cuesta al sistema menos de un cinco por ciento menos de lo que costaba antes de la salida del genérico. Eso se ha conseguido por un aumento de volumen y eso ha permitido en economías de escalas ofrecer descuentos muy significativos y en competencia. Otro factor que muchas veces la administración no está teniendo en cuenta es que antes los medicamentos genéricos seguían bajando el precio al cabo del tiempo y ahora se bajan una vez y, prácticamente este medicamento se queda allí muchos años sin tocar el precio en un 40 por ciento. Creo que eso tampoco es bueno para el sistema y

Si adaptamos la normativa será más fácil conseguir un cambio de tendencia

no va a permitir, o va a hacer muy difícil, poder acceder a la innovación a los precios a los que hoy en día se está proponiendo esta innovación.

P. El mercado del genérico se enfrenta a una tendencia generalizada de la reducción en valores y unidades. ¿Esto va a ser una tendencia sostenida en el tiempo o esta muy ligada a las medidas que puedan tomar los diferentes gobiernos, tanto a nivel central como a nivel autonómico?

R. Somos un mercado intervenido. Por tanto, dependiendo de las medidas que se tomen podemos ir hacia un lado o hacia otro, y así ha sido siempre: el sistema de precios de referencia ha cambiado en veinte años más de diez veces y nos hemos tenido que ir adaptando. Pero la suma de varios de los últimos cambios hacen que el atractivo de este mercado se esté perdiendo, con el riesgo de que en este momento hay medicamentos que ya no necesariamente son atractivos. Antes, cualquier empresa podía pensar que una molécula de 20 o 30

millones, la podía desarrollar para conseguir el 80 por ciento al cabo de uno o dos años. Sin embargo, estas moléculas ya ni se desarrollan. No tendrán genéricos y no bajarán su precio un 40 por ciento. Esto también es una aberración del sistema en este momento. Porque las empresas tampoco hacemos las cosas sabiendo que vamos a perder dinero. Entonces, si no nos dan herramientas pues estamos decidiendo no desarrollar genéricos que en el pasado se habrían desarrollado porque aún había una cierta capacidad de conseguir un retorno. Tampoco todo es culpa de las medidas, obviamente. Lo que las grandes empresas farmacéuticas decían que era su precipicio sería cuando las empresas cada vez tenían menos productos de origen químico, con nuevas patentes y pasaron también sus problemas de innovación, pues ahora a nosotros nos está llegando esto. Hemos pasado una época dorada, entre el 2010 y el 2014, donde vencían muchísimas moléculas, tan importantes como una atorvastatina, con 700 millones de facturación en aquel momento y, hoy en día, la última grande que ha salido fue la pregabalina que vendía 150. La mayoría que estamos lanzando son productos que no llegan a los 100 millones de facturación. Esa es la realidad del mercado y no parece que vaya a cambiar. Por esto también muchas empresas están dedicando más tiempo a biosimilares o al consumer care. En genéricos no se espera una gran oportunidad de generar este cambio de tendencia. Y, evidentemente, si no hay ayudas no va a pasar. Si podemos adaptar un poquito la normativa será más fácil que podamos llegar a generar un cambio de tendencia.



P. ¿Una vía es la inversión o la búsqueda de moléculas en biosimilares?

R. Está claro que las grandes moléculas en este momento son de origen biológico y dónde todavía hay un mercado con moléculas que facturan cifras muy importantes y que representan un gasto importante para el sistema. Entrar en este mercado da unas nuevas posibilidades a las empresas. Como responsable de Aeseg, ya hicimos nuestra escisión de Biosim y me preocupa el mercado de genéricos. A partir de aquí, los biosimilares, aunque está claro que están más de moda porque son productos nuevos y es un mercado que se está construyendo con el consenso de todos y aquí además ya no solo son empresas de genéricos sino que hay todo tipo de empresas. Pero si nos centramos de nuevo en genéricos, está claro que necesitamos un apoyo o una reafirmación de saber que es bueno y útil tener empresas de genéricos que puedan poner en el mercado los de origen químico y no biológicos.

P. Una de las medidas que más daño ha hecho al sector han sido las subastas de medicamentos de Andalucía. El TC apoyaba esta medida pero ya se habla de buscar alternativas, ¿Cómo espera que se apliquen esos cambios? ¿Qué modelo defiende Aeseg?

R. Aeseg siempre defiende un modelo en el que no se limite el acceso de medicamentos y las opciones del paciente. Por eso no entendemos un sistema en el que los pacientes de Castilla la Mancha, Extremadura o Cataluña tengan un vademecum a su disposición de



Encarnación Cruz, por su pasado reciente como responsable de Farmacia de una consejería, conoce muy bien lo que aporta el genérico

medicamentos igual que los profesionales sanitarios, distinto al que hay en una comunidad autónoma, en este caso en Andalucía que es mucho más limitado. Creemos que esto, además, se ha demostrado que genera problemas de abastecimiento, no puntuales si no continuados. Se ha demostrado a nivel europeo en muchas ocasiones. Cuando pones todos los recursos en un único fabricante, el riesgo a que algo vaya mal es mayor y el hecho de no tener alternativas genera desabastecimiento. Andalucía tiene la suerte de que no hay fronteras entre esta comunidad y el resto. Por eso los medicamentos están disponibles en otros lugares de España y por eso cubrimos esas ineficiencias del sistema. Pero nuestra propuesta con Andalucía siempre ha sido la misma, aunque se busquen ahorros, una condición sinequanon tiene que ser que las empresas tienen que tener la capacidad siempre de estar en este mercado y competir. Si hay que poner un límite de precio, en este caso serían los precios de referencia, y si hay que buscar otras medidas, se buscan. Es verdad que el Tribunal Constitucional ha amparado parte de muchos de los recursos que hay, es decir, ha habido sentencias favorables a Andalucía y esto ha perpetuado el sistema pero nosotros nos hemos puesto desde el primer día a disposición de la Junta de Andalucía y, en este caso de su Consejería, para in-

tentar buscar formas en las que no haya esta limitación de competencia y se pueda llegar a ofrecer descuentos y aportaciones parecidas a las que el sistema está consiguiendo. A partir de ahí, hay conversaciones, y eso que hemos estado muchos años prácticamente sin hablarnos, pero ahora hay conversaciones y esperamos que en un tiempo razonable podamos encontrar una solución que nos satisfaga a todos, tanto al sistema de salud andaluz, como a Aeseg y sus compañías representadas.

P. En los últimos años vemos que las compañías de genéricos han abierto sus negocios a otras vías, como puede ser el Consumer Health, los biosimilares o incluso la I+D de fármacos innovadores, ¿Se convertirá el negocio del genérico en algo secundario para estas compañías?

R. Es una tendencia global. Todos entendemos que el paciente cada vez tiene más información y capacidad para tomar sus propias decisiones en la búsqueda de su bienestar y salud y por eso hay posibilidades de poner en el mercado productos que cubran esta función. Evidentemente, no pueden ser de prescripción pero cada vez hay más conocimiento. La ventaja de esta línea es que se convierte en un producto de consumo parecido al que habría en cualquier otro canal y, por eso, dependes más de tu marca y de tu capacidad comercial y e innovación para presentar una fórmula mejorada. Ahí el paciente decide y lo paga. Con lo cual no perjudicas al sistema sino que puedes llegar a beneficiarlo, porque evita que el paciente caiga en enfermedades más graves.



A partir de aquí, es verdad que es un campo por desarrollar, en cierta parte, pero por otro lado con muchísima competencia. Muchas de las empresas que están en Aeseg llevan tiempo apostando por esas áreas. Hay mucho campo, el ámbito es amplio, va desde la farmacia, al deporte, etc. Y la farmacia puede ser un buen sitio para venderlo. Si uno mira las cinco u ocho compañías de genéricos en el mercado español, prácticamente todas tienen su línea de productos de consumer health.

P. También hemos visto movimientos en términos de adquisiciones y fusiones en el sector, ¿Tenderá este más a la unidad o concentración o lo ve como movimientos más puntuales?

R. Si no consigues crecimiento por la vía de poner nuevos productos en el mercado y conseguir más penetración de estos productos en el mercado, pues algunas compañías, especialmente las internacionales, consideran que tienen que conseguir más capacidad de negociación o de consolidación sumando esfuerzos de varias compañías y por este motivo se dan los procesos de fusión y consolidación. Personalmente, no estoy nada convencido de que esto aporte nada al sistema. Esto son tendencias internacionales que son, no de este sector, sino de muchos otros. Cada vez los interlocutores son mayores y la gente cree que el tamaño es importante para poder plantar cara o hacer frente a los retos que se tienen en cada uno de los mercados. Mi experiencia es la contraria. Creo que en muchas de estas fusiones se ha perdido valor. Si miramos como valor, la creación de empleo, las apuestas

La crisis hizo mucho daño y, en un determinado momento, buscando ahorro por todos lados, se influyó en los fármacos de valor añadido

por la I+D, etc. Normalmente estos procesos de fusión tienden a buscar sinergias que desembocan en reducción de personal. Desde la asociación pensamos que este tipo de fusión no aporta valor ni al sistema ni a la economía del país en el que estamos. Pero somos un sector globalizado y no podemos estar aislados de lo que pasa en el resto del mundo. También es verdad que España tiene una situación un poco particular: Entre las cinco primeras empresas del sector hay tres españolas y esto no suele pasar en la mayoría de países de nuestro entorno y, por eso hay más apetito por parte de las grandes compañías internacionales por intentar hacerse con estas españolas. Pero al menos la que yo represento no está en venta. Y sé que las otras dos, a día de hoy, tampoco.

P. La patronal europea trabaja en los últimos meses en lo que denominan “fármacos de valor añadido”, ¿Qué son y qué aportan estos al sistema?

R. Aquí tengo cierta incongruencia con la patronal europea. Es verdad que en algunos mercados este tipo de fármacos ha tenido más espacio pero en España, con las actuales regulaciones de precios, no. Mientras todo vaya por dosis diaria definida y conjunto homogéneo en función de la molécula, poco podemos hacer. Puede que haya alguna combinación o alguna forma de dosificación que se considere una innovación verdadera y se le pueda aplicar un sistema de precios diferente pero la gracia de los fármacos de valor añadido es precisamente esto, aportar el valor añadido y tener un



precio diferencial. Si eso es muy limitante, como es el caso de la normativa actual española, pues no hay mucho espacio para que este tipo de medicamentos triunfen en el mercado español. De hecho, prácticamente no existen. Acabamos yendo al consumer health o a otras áreas en las que el paciente reconoce ese valor añadido y es capaz de pagarlo. Pero no en un fármaco de prescripción financiado. En Europa hay espacio para ello pero en España, en este momento, diría que aún no lo hemos llegado a encontrar. A ver si con el tiempo encontramos una manera de saber cómo hay que tratar estos medicamentos. Si que es verdad que se puede hablar de combinación de fármacos. Vence la patente de un fármaco y deciden combinarlo con otro y hacen un estudio clínico, al final eso es un fármaco de valor añadido o la polipíldora también entra en este grupo, porque viene de moléculas conocidas. Pero allí hay un desarrollo clínico importante y no es el concepto de fármaco de valor añadido que está trabajando Medicines for Europe, que insiste en que Aeseg tenemos que ser más incisivos en convencer a la Administración de que estos fármacos tienen que tener un espacio. Ahora parece que se ha abierto un poco, con las sentencias que ha habido respecto a los precios de referencia en las que determinados conjuntos homogéneos que se habían fusionado, hay que tenerlo más en cuenta por separado. La crisis ha hecho mucho daño y, en un determinado momento, buscando ahorro por todos lados se influyó en estos productos que deberían haber tenido un tratamiento distinto. ■

Reportaje fotográfico:
Jaume Cosiàlls



Artículos de

ANÁLISIS



Pilar

RODRÍGUEZ LEDO

Médico de Familia
Coordinadora del grupo de Desarrollo
Profesional de la Sociedad Española de
Médicos Generales y de Familia (SEMG)

La recertificación-
reacreditación: un
reto económico
asumible para
tiempos de
cambio de
concepto del
desarrollo
profesional

La Directiva Europea sobre cualificaciones profesionales entró en vigor en 2014. Nos encontramos aún a la espera de la trasposición al derecho español de este texto normativo, a pesar de que el plazo finalizó el pasado 18 de enero de 2016. La norma europea establece tres conceptos clave: la formación básica, la formación sanitaria especializada y el desarrollo profesional continuo. El modelo de desarrollo profesional debe contemplar el evolutivo formativo del médico desde el actual grado hasta que se convierte en un facultativo en ejercicio.

KEY WORDS: Recertificación, reacreditación, formación sanitaria especializada, desarrollo profesional continuo, formación básica.

La Directiva Europea sobre cualificaciones profesionales 2013/55/UE¹ entró en vigor en enero de 2014, y entre las novedades que aportó en su momento es de destacar la obligatoriedad de promover el desarrollo profesional continuo de los médicos, cuyo plazo para incorporar su contenido al derecho nacional finalizó el 18 de enero de 2016.

Y aunque ya nos encontramos a finales de 2017 seguimos esperando la trasposición al derecho español de esta normativa, pese a que en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) a lo largo del 2003 ya fueron publicadas tres leyes estatales que han contribuido a perfilar el papel de las competencias profesionales en el sistema sanitario: la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS², la Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias³ y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud⁴.

Entre los puntos fundamentales de la normativa europea 2013/55/UE¹ que afectan a la profesión médica destacan los siguientes referentes a la formación:



- **La formación básica:** se desarrolla en su artículo 24.2 los requisitos de duración de esta formación en cuanto al mínimo de años y horas de formación requeridos para ser médico: “La formación básica de médico comprenderá, en total, por lo menos cinco años de estudio, que además podrán expresarse en créditos ECTS equivalentes, y constará como mínimo de 5.500 horas de enseñanza teórica y práctica impartidas en una universidad o bajo el control de una universidad”.

- **La formación sanitaria especializada:** se especifican dispensas relativas a ciertas partes de la formación cuando hayan sido realizadas en programas de formación previos, cambios en la duración mínima de las especialidades mutuamente reconocidas, se incluyen nuevas especialidades médicas, y se reconocen algunos derechos adquiridos específicos de los médicos especialistas.

- **Desarrollo profesional continuo:** los Estados miembros deben promover el desarrollo profesional continuo de los médicos y comunicar a la Comisión las medidas que adopten en este ámbito. El desarrollo profesional continuo debe abarcar la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los profesionales para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión. En el artículo 22.1.b) se dice que “los Estados miembros velarán, de conformidad con los procedimientos propios de cada Estado miembro y mediante el fomento del desarrollo profesional continuo, que los profesionales cuya cualificación profesional esté sujeta al capítulo III del presente título puedan actualizar sus conocimientos, capacidades y competencias con el fin de preservar el ejercicio seguro y eficaz de su profesión y mantenerse al día de la evolución de la profesión”.



La recertificación-reacreditación fue uno de los temas tratados durante el Congreso de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

DE DÓNDE PARTIMOS

El punto de partida del Desarrollo Profesional (DP) lo constituye la propia definición del término de “competencia” como método de evaluación profesional por primera vez por McClelland, en 1982⁵, que lo define como la capacidad o característica personal estable y relacionada causalmente con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización dados. Posteriormente, distintos autores redefinieron el término, pero en todo caso, lo que está claro es que las competencias constituyen la esencia misma de los recursos humanos, y en estos la motivación humana es fundamental, igual que lo es para que responda a sus objetivos que las competencias sean observables, medibles, estén integradas en la práctica profesional y recojan todo su “expertise”.

El concepto competencia, en nuestro entorno y nuestro tiempo, se utiliza

como aquella aptitud del profesional sanitario estable y causalmente relacionada con los resultados deseables en la que se integran y aplican los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a las buenas prácticas clínicas, con tendencia a la excelencia profesional, en este caso en materia de prestación de asistencia sanitaria a los pacientes y a la comunidad. Es decir, conocimientos, habilidades y actitudes aplicadas al entorno de trabajo y en la organización en la que se desempeña.

El modelo de DP debe contemplar el evolutivo formativo del médico desde el actual grado hasta que se convierte en un facultativo en ejercicio, siguiendo un planteamiento coherente con todo el continuum formativo y dándole continuidad con esta última fase del desarrollo profesional a los modelos formativos más actuales en los que priman el desarrollo de las competencias adaptadas al desempeño, más allá del aprendizaje y buscando el desarrollo de las funciones y los roles. Como un modelo mixto en el que se integren todas las anteriores circunstancias.

De este modo, debemos avanzar desde la formación médica continuada (FMC), entendida como aquella que se recibe al finalizar la formación reglada y que está destinada a mantener y mejorar la competencia profesional, al Desarrollo Profesional Continuo (DPC), entendido como el conjunto de actividades de formación orientadas a la actualización, desarrollo y mejora de la aplicación del conocimiento, habilidades y actitudes requeridos para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional. Incluye actividades de formación continuada, las competencias profesionales y de gestión y el conjunto de componentes de lo que se denomina



“buena práctica clínica”. Y más allá, llegamos al sistema evaluativo de todo este proceso, al DP o proceso al que se compromete un profesional para mantener y mejorar la competencia profesional con reconocimiento de la propia profesión, de la sociedad, y de las instituciones de las que forma parte. El DP debe estar ligado a un “diseño profesional” y por tanto debe tener relación con otros procedimientos como carrera profesional, recertificación, relicencia-recolegiación, peritaje, miembro de comisiones profesionales, etc.

El DP excede, pues, el concepto de FMC al que estamos acostumbrados los profesionales médicos, al cual incluye, buscándose una valoración global que permita una reacreditación por las entidades autorizadas y una posterior certificación inicial y recertificación periódica de la situación de acreditación.

A nivel práctico, si consideramos los costes de la FMC estaremos considerando la principal parte de costes del DP, ya que los otros puntos incluyen básicamente aspectos relacionados con la asistencia y la ética cuyos costes vienen más incluidos en el desarrollo de la propia actividad asistencial.

La formación médica continuada de los profesionales sanitarios, en un entorno tan rápidamente cambiante y progresivamente competitivo como el sector de la salud, es sin duda un factor clave para el éxito de cualquier organización asistencial. Las mejores organizaciones sanitarias son las que tienen a los profesionales sanitarios mejor formados, organizados y dotados para el desempeño de sus funciones⁶. Sin embargo, la inversión explícita en FMC que realiza el Sistema Nacional de Salud español, eminentemente público, no está a la altura de la importancia que se otor-

ga a este asunto⁶. Esta limitación es compensada, en nuestro medio, con inversión añadida procedente de otras fuentes, entre las que la industria farmacéutica ocupa un papel relevante⁶.

Se dispone
de pocos
datos sobre
cuánto se
invierte
directamente
en la FMC ni
de cuanto de
ello tiene
patrocinio de
entidades
privadas

NADA ES GRATIS Y ES IMPORTANTE SABER SU COSTE

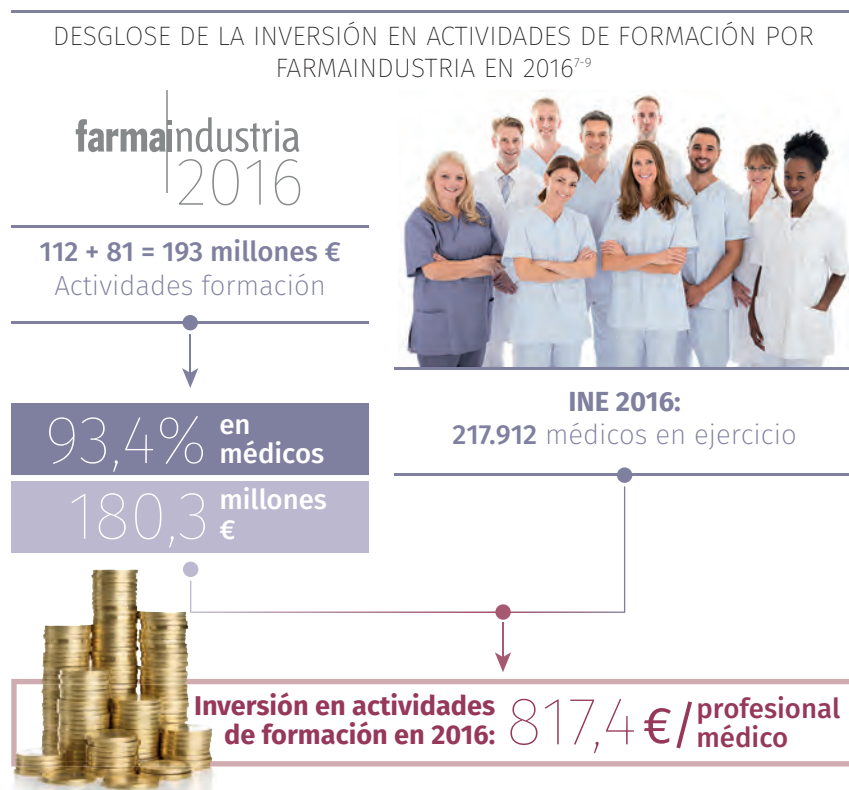
Nada es gratis y es importante estimar el coste de todo este proceso o al menos acercarnos a sus principales dimensiones para averiguar si lo podemos asumir.

Distintas sociedades científicas y administraciones públicas son responsables de actividades acreditadas de FMC, en nuestro país mayoritariamente financiadas por la llamada Farmaindustria (FI) o más genéricamente industria de tecnología sanitaria⁶. Se dispone de muy pocos datos públicos de todas estas entidades que expresen cuánto se invierte directamente en la FMC ni de cuanto de ello tiene patrocinio de entidades privadas, pero todos sabemos que la mayor parte de las actividades de formación son patrocinadas por FI, directa o indirectamente, de modo que vamos a utilizar estos datos, los únicos públicos para realizar una estimación “de mínimos” de la formación. Estimación sin duda grosera y con muchas limitaciones pero que nos permitirá relativizar la situación y realizar una valoración global de la misma.

En 2016, FI contribuyó con 112 millones de euros a la formación científica y clínica de los profesionales y además apoyó con un total de 81 millones de euros a las organizaciones sanitarias para la celebración de este tipo de actividades, en total estamos hablando de 193 millones de euros. Teniendo en cuenta que el 93.4 por ciento de las ayudas se destinan a los médicos, tenemos un total de 180,3 millones de euros destinados a actividades de formación ofertadas a médicos (figura 1)^{7,8}.

Según las cifras del INE referidas a 2016, España cuenta con 247.974 médicos colegiados⁹ y 217.912 médi-

FIGURA 1



Fuente: Elaboración propia.

cos en ejercicio⁷. Podríamos decir que FI invirtió en 2016 unos 817,4 euros por profesional médico en activo en actividades de formación (figura 1). Si tenemos en cuenta que la inscripción media a un congreso científico de ámbito nacional es de 600-700 euros, cantidad que se ve incrementada cuando la reunión es de carácter internacional⁷, y que una actividad de formación, tomando de referencia el valor de la hora docente que de forma más o menos homogénea se asume desde las administraciones públicas y que comparten muchas sociedades científicas, tiene unos costes medios de unos 1.000-1.500 euros por 10 horas de formación realizada a una media de 30 asistentes por actividad, cifra que se

duplica o incluso se triplica en actividades con docentes múltiples simultáneos (actividades en entornos de simulación, por ejemplo), podríamos decir que estaríamos ante un coste de unos 33,33-50 euros/10 horas/asistente para un curso estándar con ponente único (figura 2).

Pero todo sistema tiene sus inconvenientes, y hay dos de ellos que nos preocupan de forma primordial. En primer lugar, que estas actividades de formación no responden a ninguna programación que permita el DP de los profesionales implicados, sino que responden en muchas ocasiones a intereses de sus promotores más que a la necesidad de aplicación en el entorno de trabajo. En segundo lugar, que estas actividades no llegan

a todos los profesionales, sino que se concentran en un grupo de ellos que acuden de forma repetida a las mismas, y que, podríamos decir sin temor a equivocarnos que, en la mayoría de las ocasiones no alcanzan más de un 50 por ciento de los mismos, existiendo profesionales que durante años consecutivos no acude a ninguna de estas actividades así como otros que acuden a múltiples e incluso repetidas y no siempre las más necesarias para su desempeño laboral. Por otra parte, es importante resaltar que esta inversión no responde a ningún objetivo marcado en las líneas estratégicas del SNS. Toda esta situación se agrava por la escasa cultura de financiación propia de los profesionales en España de su formación, a diferencia de otros países de nuestro nivel socioeconómico, motivado sin duda, entre otras cuestiones, por su trabajo mayoritariamente dentro de un sistema público que no se ocupa adecuadamente de la formación de sus profesionales, por temas salariales y por el nivel adquisitivo de la profesión.

¿QUÉ REQUISITOS CONTEMPLA EL DESARROLLO PROFESIONAL?

En la literatura científica, autores como de Paula Rodríguez Perera y col⁸ realizaron una aproximación a los costes de la FMC en base a la dedicación de un 10 por ciento de la jornada laboral a la misma llegando a indicar que la FMC podría costar en España unos 144 millones de euros al año, en un estudio aceptado para publicar el 19 de septiembre de 2013. Pero la situación se ha modificado desde entonces, pasándose a hablar del DP desde finales de 2013 e incluyendo en su valoración una propuesta de requisitos para la FMC de los profesionales del SNS.



En España, a día de hoy sólo tenemos dos documentos que refrendan una propuesta oficial de valoración del DP:

1. Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP) de junio de 2013 de la Comisión de Recursos Humanos del SNS¹⁰.
2. Documento técnico del proceso de evaluación del desarrollo profesional (DP) de noviembre 2013 de la Comisión de Recursos Humanos del SNS¹¹.

En ambos documentos se establecen requisitos de tres tipos para la valoración global del DP:

- Ética y Profesionalismo.
- Actividad Asistencial.
- Formación, Docencia e Investigación.

Siendo el primer apartado de cumplimiento obligatorio y con una recomendación de distribución de los otros dos apartados del 60 y 40 por ciento respectivamente. En el apartado de FMC se sugiere como criterio de evaluación la valoración de un máximo de 30 créditos adquiridos con un mínimo de 6 actividades en un mínimo de 3 años diferentes dentro de un periodo de evaluación de 6 años¹¹.

¿ESTAMOS EN CONDICIONES DE CUMPLIR LOS REQUISITOS?

Dado que no tenemos disponibles estudios que integren en la valoración de costes el DP, sigamos con los cálculos groseros.

Pensemos que 30 créditos de FMC equivalen al menos a 300 horas de formación. Si el coste medio por profesional de una actividad de formación de 10 horas son unos 33,33-50 euros, en total necesitaremos unos 1.000-1.500 euros por persona y periodo de 6 años, unos 166,65-250 euros/profesional/año. Teniendo en cuenta que tenemos en la estadística de 2016 unos 217.912 médicos en

ejercicio, se requerirá un montante global de 36,32 a 54,5 millones de euros anualmente para la formación de los profesionales médicos destinada a cumplir con su desarrollo profesional, al margen de las consideraciones éticas, asistenciales, de docencia e investigación (figura 2).

De este modo, y vista la inversión de FI para el 2016, si se planificara una FMC generalizada, continua, periódica y adaptada a la adquisición de competencias profesionales

medidas como desempeño profesional ajustada al entorno de trabajo y a las condiciones que requiere el puesto, la inversión actual en formación se podría ajustar a los requisitos expuestos anteriormente. Incluso resultaría factible realizar un cambio de modelo desde la FMC hasta el desarrollo profesional orientado, de una manera consecuente y planificada, a la prestación de servicios que un profesional médico cualificado requiere.■

FIGURA 2



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

- La inversión actual realizada en la FMC de los médicos podría dar respuesta a las necesidades de formación de un modelo basado en el desarrollo profesional.
- Sería necesario que Administración y Sociedades Científicas realizaran programaciones de actividades adaptadas al desarrollo profesional requerido para el desempeño de los puestos de trabajo considerados para cumplir los requerimientos del DP.
- Las actividades de formación deberían alcanzar a todos los profesionales puesto que todos estarían obligados a cumplir con su acreditación-reacreditación de forma periódica.
- Nos encontramos en momentos de cambio y replanteamiento de las fuentes de financiación de las actividades de formación, en relación con el conflicto de intereses, ética de la formación y de la docencia, y necesidad de adquirir retorno en resultados en salud como fin último del DP.

Autor para correspondencia:

Pilar Rodríguez Ledo
prodriguezl@semg.es

Referencias

1. Diario Oficial de la Unión Europea. Directiva Europea 2013/55/UE del parlamento europeo y del congreso. [Internet] 20 de noviembre de 2013 [cited 2017 Nov. 27] Available from: <http://www.mecd.gob.es/mecd/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/catalogo/general/educacion/055024/ficha/055024/directiva-2013-55-ue-es.pdf>
2. BOE. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. [Internet] 29 mayo de 2003 [cited 2017 Nov. 25] Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
3. BOE. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias [Internet] 22 de noviembre de 2003 [cited 2017 Nov. 25] Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
4. BOE. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. [Internet] 17 de diciembre de 2003 [cited 2017 Nov. 25] Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
5. McClelland David C. Testing for Competence Rather Than for "Intelligence". American Psychologist January 1973.
6. De Paula Rodríguez Perera F, Benito Tur J, Navascués Abad R. Importancia de la industria en la formación médica continuada de los profesionales sanitarios. Cardiacore 2014; 49 (1): 10-3.
7. Farmaindustria. I+D y formación siguen siendo las bases de la colaboración entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios. Nota de prensa. [Internet] 29 de junio de 2017 [cited 2017 Nov. 24] Available from: <http://www.farmaindustria.es/web/prensa/notas-de-prensa/2017/06/29/id-formacion-siguen-siendo-las-bases-la-colaboracion-la-industria-farmaceutica-los-profesionales-sanitarios/>
8. Farmaindustria. Memoria anual 2016. [Internet] 27 de junio de 2017 [cited 2017 Nov. 24] Available from: <http://www.farmaindustria.es/web/documento/memoria-anual-2016/>
9. INE. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. [Internet] 2017 [cited 2017 Nov. 24] Available from: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
10. Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y Desarrollo Profesional (DP). [Internet] junio de 2013 [cited 2017 Nov. 20] Available from: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/documento%20ap.pdf>
11. Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Documento técnico. Proceso de evaluación del desarrollo profesional (DP). [Internet] noviembre de 2013 [cited 2017 Nov. 20] Available from: https://www.secipe.org/docs/2-DP-Documento%20tecnico_27-11-2013.pdf



Artículo de

ANÁLISIS



Salvador

TRANCHE

De evidencias, hablamos

Presidente de la Sociedad Española
de Medicina de Familia y
Comunitaria (semFYC)

Durante los últimos años, el presupuesto de las comunidades autónomas para atención primaria (AP) ha sufrido un descenso del 13,2 por ciento. Esta insuficiencia presupuestaria tiene dos consecuencias graves. Por un lado, el abandono social de la AP; y, por otro, la ausencia de innovación organizativa. Los recortes en el primer nivel asistencial resultan paradójicos, ya que existen evidencias de que aquellos sistemas sanitarios que la potencian son más eficientes, tanto desde el punto de vista económico, como en resultados en salud.

KEY WORDS: Atención primaria, AP, innovación organizativa, aseguramiento, mutualidades, Real Decreto 16/2012, envejecimiento.

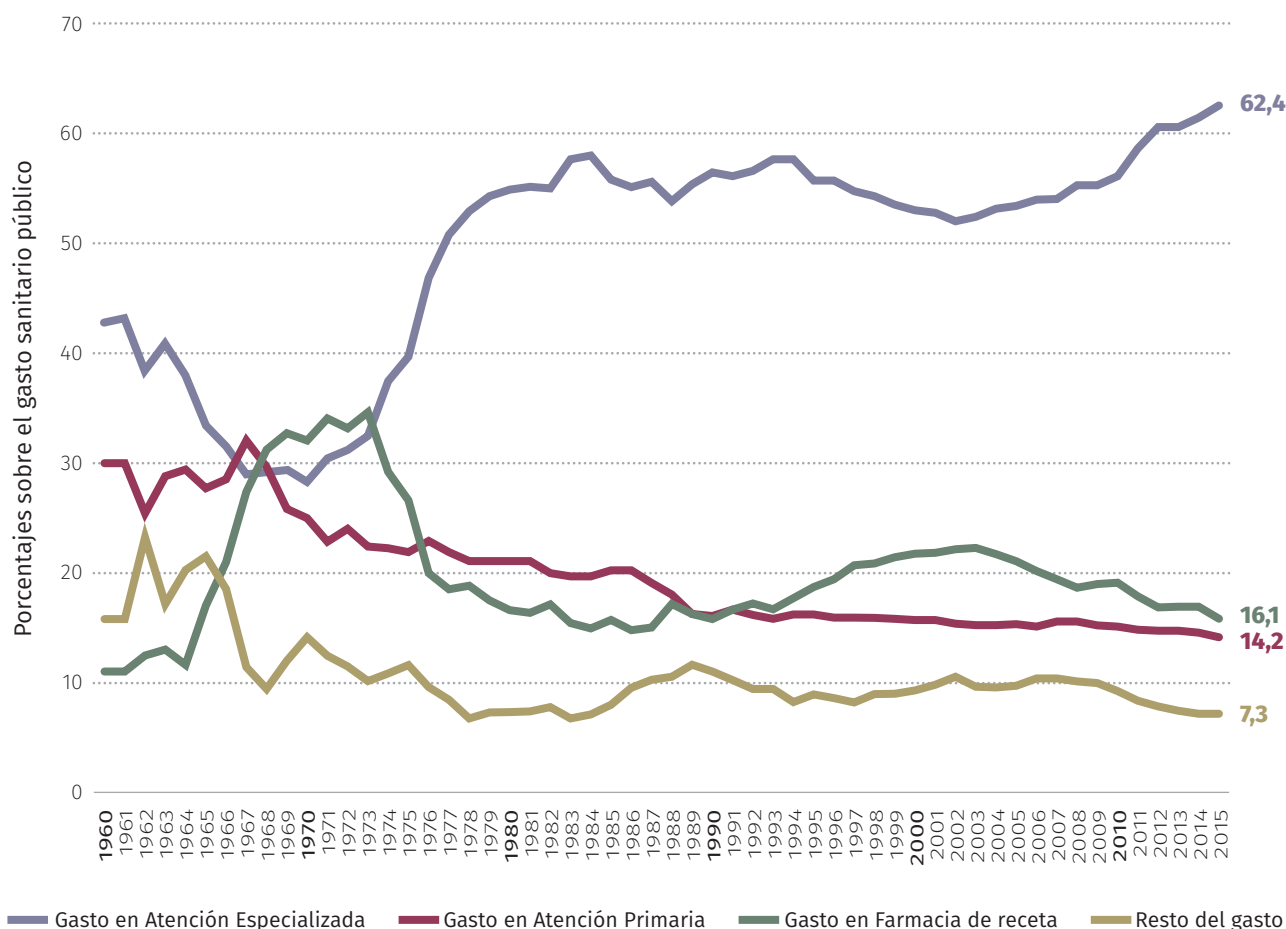
Es una realidad absolutamente contrastada que el presupuesto sanitario destinado a la atención primaria (APS) no sólo es insuficiente, sino que presenta a lo largo de estos últimos años una tendencia descendente, lenta y continua. En el gráfico 1 se puede observar cómo se va reduciendo el gasto destinado a la APS y lo que es más importante, no se vislumbra un cambio en la tendencia. Para el año 2015 y en comparación con el 2.009 en el conjunto del gasto sanitario, la atención especializada ha crecido 4,3 por ciento mientras que la atención primaria ha decaído un 13,2 por ciento (Figura 1).

Esto no nos sorprende puesto que históricamente existe una deficiente dotación presupuestaria de la APS, lo desconcertante es por qué en estos años de intensa crisis económica no se ha revertido la situación cuando es bien conocido y se dispone de evidencias que demuestran que los sistemas sanitarios que se apoyan en atención primaria y la potencian son más eficientes tanto desde un punto de vista económico como sanitario (Kringos DS,2013; Starfield



FIGURA 1

EVOLUCIÓN DEL PESO DE LAS PRINCIPALES PARTIDAS FUNCIONALES DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EXPRESADAS COMO PORCENTAJE DEL MISMO



Fuente: Simo J, 2017. Blog Salud, dinero y atención primaria.

B, 2012; Macinko J 2009). Paradójicamente aquí ha ocurrido lo contrario, el impacto de la crisis ha sido y es notable en todo el sistema sanitario, pero lo es mucho más para la atención primaria.

Concomitantemente y debido en parte a la insuficiencia presupuestaria se están produciendo dos fenómenos graves: el abandono social de la atención primaria y la ausencia de innovación organizativa.

UNA ATENCIÓN PRIMARIA NO UNIVERSAL

Uno tiene la impresión de que, en nuestro país, la atención primaria por su ubicación (inserta en la comunidad) y por su accesibilidad, tiene una cobertura universal. Y no es así. De hecho, es inferior a la cobertura del hospital y ello por tres situaciones que describo a continuación:



Se están
produciendo
dos
fenómenos
graves: el
abandono
social de la
atención
primaria y la
ausencia de
innovación
organizativa

La primera por el Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para asegurar la sostenibilidad del sistema nacional de salud, que mantiene en el hospital la atención de urgencias y materno infantil para los extranjeros no registrados ni autorizados, pero no en atención primaria. Un aspecto menos tratado de este decreto es que al definir diferentes carteras de servicios (común y complementaria) en las Comunidades Autónomas, introduce o normaliza las **desigualdades** entre los diferentes territorios.

La segunda situación tiene que ver con las mutualidades y asimilados. Es muy llamativo cómo mientras para la APS se reduce el presupuesto, las mutualidades crecen un 6,87 por ciento entre los años 2010 y 2015. Sin duda alguna, elementos como el pago por acto y libre acceso al especialista junto con la práctica ausencia de un ámbito de atención primaria en estas entidades, hace que los mutualistas visiten un 35 por ciento más frecuentemente al especialista hospitalario que al médico de familia.

El tercer elemento es el crecimiento del doble aseguramiento (público y privado). En el último informe del Consejo Económico y Social, se recoge el aumento de la doble cobertura que ha pasado del cinco por ciento en los primeros años 90, al 15 por ciento el año 2014. Conviene destacar que éste aumento no ha sido homogéneo puesto que la población que elige este doble aseguramiento es mayoritariamente, de clase social alta (según la ocupación), menor de 65 años y con estudios superiores. Probablemente este fenómeno no sea achacable, únicamente, al deterioro de la APS, sino que también pueden influir las notables demoras para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que existen en el sistema sanitario público.



Si establecemos las urgencias hospitalarias, como punto básico de atención, para los migrantes en situación irregular, mantenemos y promovemos las mutualidades y facilitamos el abandono de la atención primaria de la población con recursos económicos y alto nivel cultural, la consecuencia para la atención primaria y por ende para el sistema sanitario público será el deterioro social y político y la evolución hacia un sistema de atención a la beneficencia o a las poblaciones de menores recursos.

Y SI HABLAMOS DE GESTIÓN...

Tres elementos también a destacar en este apartado.

Todo sigue igual. O dicho de otra manera desde el punto de vista de gestión sanitaria la crisis económica no ha cambiado ningún comportamiento de los gestores y políticos. Pasado el tiempo de los recortes se observa un leve y paulatino aumento de contrataciones especialmente en el ámbito hospitalario y crecimiento del gasto de farmacia muy especialmente del gasto farmacéutico hospitalario que en el año 2.016 alcanzó los 6.562 millones de euros, dos terceras partes del gasto de farmacia por receta.

El progresivo envejecimiento de la población española y el incremento de la cronicidad. Se calcula que en el año 2029 en España residirán 11,3 millones de personas mayores de 64 años y alcanzarán los 15,8 millones en 2064. Casi dos de cada tres personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad crónica con una media de cuatro enfermedades por persona y ocasionan el 80 por ciento de las consultas de atención primaria y el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios, lo que supone un 75

por ciento del total del gasto sanitario. En el último informe de la OCDE, (nov 2017), relativo a España se concluye que “será necesario lograr una mejora de la eficiencia en la prestación de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración para abordar de manera asequible las crecientes necesidades de una población que envejece”. Disponemos de evidencias que sugieren que la mejor respuesta para la atención a la cronicidad es una atención primaria consolidada y adecuadamente dotada (Nasmith, 2010; Starfield B, 2011).

Estos últimos años, como una estrategia para mejorar la coordinación asistencial se vienen implantando en nuestro país, las Organizaciones Sanitarias Integradas, más conocidas como Gerencias Únicas. A día de hoy no se dispone de evaluaciones rigurosas que demuestren ninguna superioridad de este modelo sobre otros sistemas de organización de cuidados y sin embargo, han beneficiado a los hospitales y han anonimizado la atención primaria que va perdiendo interlocución y gestión de presupuesto. Tal como describe J. Simó, “desde el año 2010, el gasto en atención especializada se come todo el ahorro de farmacia de atención primaria ...”. A la luz de estos datos parece inadecuado seguir extendiendo este modelo y sería razonable recuperar las estructuras de atención primaria con sus presupuestos propios. (Strandberg-Larsen M, 2008; Pou Bordoy J, 2006; Kathryn M. McDonald, 2007).

Se observa de forma clara un deterioro de la atención primaria en términos de inversión presupuestaria y de innovación organizativa

CONCLUSIONES

Se observa de forma clara un deterioro de la atención primaria en términos de inversión presupuestaria y de innovación organizativa, acompañado de un abandono progresivo de la clase media-alta hacia modelos mutualistas o de doble cobertura.

Disponemos de evidencias que demuestran que la atención primaria comparada con la hospitalaria o con sistemas hospitalocentristas, se asocia con una calidad de atención individualizada aparentemente inferior, pero aporta un estado de salud funcional similar a menor coste para las personas con enfermedades crónicas y mejor calidad, mejor salud, mayor equidad y menor coste para personas y poblaciones enteras. (Stange KC,2009).

Tenemos las evidencias, la pregunta es ¿porqué entonces, los políticos, los gestores no las aplican?...

Autor para correspondencia:

Dr. Salvador Tranche

Sede Barcelona
c/ Diputació, 320 Bajo
08009 • Barcelona

Sede Madrid
c/ Fuencarral, 18
28004 • Madrid



Guillermo
POMBO

Presidente SEMERGEN Cantabria

El camino hacia una gestión integral de la cronicidad

En la actualidad, la mayor parte de las consultas de atención primaria están orientadas al seguimiento de los procesos crónicos del paciente. El cambio fundamental registrado en los últimos años aboga por poner el foco en la persona en lugar de tratar cada uno de los procesos de forma independiente. En este contexto, es preciso perfilar una gestión integral de la cronicidad que contemple el papel de todos los actores, así como definir el lugar que han de ocupar los médicos de atención primaria.

KEY WORDS: Enfermedades crónicas, paciente pluripatológico, gestión integral, paciente anciano, pacientes polimedicados

En los últimos 40 años se ha producido un muy importante cambio en las consultas de Atención Primaria. Coincidiendo con el nacimiento del actual modelo de Atención Primaria y de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, hace unos 40 años, la consulta diaria era fundamentalmente a demanda y centrada en **procesos agudos**. Nacen los programas para enfermedades crónicas (HTA, diabetes, EPOC, etc.) y la relación con las especialidades hospitalarias era meramente epistolar para las interconsultas, con el célebre P-10.

En la actualidad, la mayor parte de la consulta está orientada a los **procesos crónicos**, con un claro aumento de la edad media de nuestros pacientes, su nivel de información y demandas, habiendo mejorado la relación con otras especialidades y la capacidad de solicitar pruebas diagnósticas.

Estos cambios en la epidemiología, la demografía y la sociedad se concreta en las llamadas transiciones:



TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Durante el s. XX, se produce un cambio en la manera de enfermar. La alimentación infantil, higiene y los avances médicos, fundamentalmente vacunas y antibióticos, implican un descenso de las enfermedades agudas, infecciosas en su mayoría. También un descenso de la mortalidad, dando lugar a un mayor envejecimiento de la población y la eclosión de las enfermedades crónicas, poco prevalentes hasta entonces.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad, unido al descenso de la natalidad, han condicionado la

Los avances
han dado lugar
a una mayor
esperanza de
vida y a un
aumento de la
cronicidad

variación de la estructura por edades de la población española. (Figura 1).

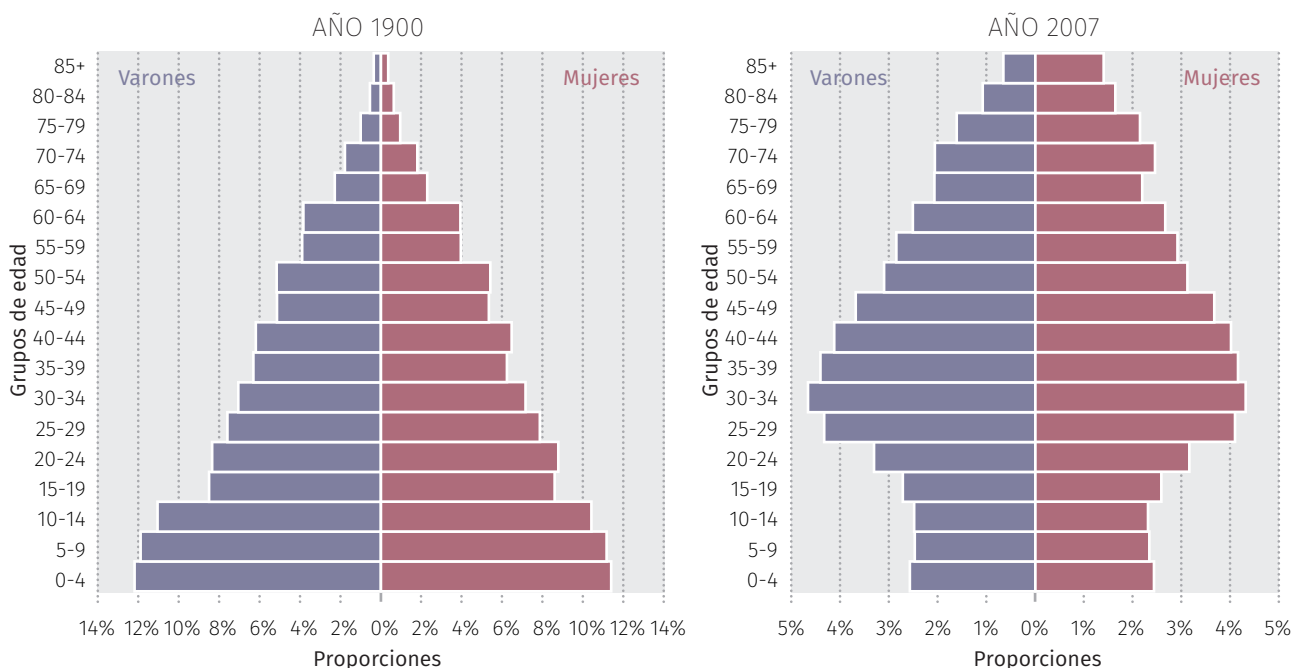
TRANSICIÓN SOCIOLÓGICA

Concepto acuñado por Viciano en 1998. Valora la respuesta social a un estado sanitario dado, considerando de forma integral los aspectos demográficos y epidemiológicos junto con las implicaciones sociales, como los cambios en la respuesta social en relación a la salud, la enfermedad y la muerte, los servicios sanitarios, aspectos culturales, los conocimientos y valores sociales con respecto al cuidado y conservación de la salud o los cambios en los estilos de vida.

Así pues, nos encontramos ante tres variables a considerar: envejeci-

FIGURA 1

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN EN ESPAÑA



Comparando las poblaciones de 1900, 2007 se observa una clara disminución de la natalidad, un descenso de la mortalidad, sobre todo infantil, y un evidente envejecimiento de la población.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo de 1900 y de 2007.

miento, enfermedades crónicas y respuesta social a esta nueva situación.

La realidad, es que nos encontramos con una población envejecida (aproximadamente un 18% mayores de 65 años y un 5% mayores de 80 años) y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas. La tendencia es a aumentar, con una proyección de un 40% de mayores de 65 años en el horizonte del año 2050. Las personas mayores representan las 3/4 partes de la demanda asistencial en Atención Primaria. Las enfermedades crónicas tienen una prevalencia del 20% y suponen el 70% del gasto sanitario. Además, en muchas personas coexisten dos o más enfermedades crónicas, con frecuencia causa de discapacidad, por lo que hay que considerar también las necesidades sociales. (Figura 2).

Estos datos nos llevan a plantear un nuevo horizonte que garantice la equidad y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, en estado casi crítico a día de hoy. Se trata de un sistema sanitario orientado a la atención a la enfermedad aguda, que ha funcionado muy bien hasta que se producen los cambios epidemiológicos y demográficos que estamos viviendo

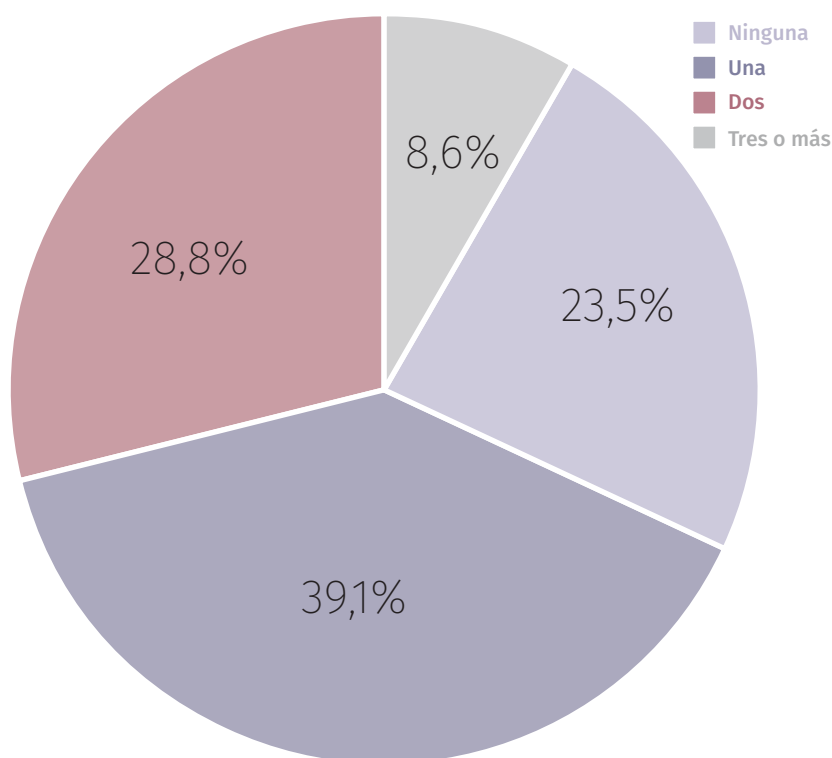
En este contexto nace la “**Estrategia de atención a la cronicidad en España 2012**” que tiene por misión “establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral”.

Sus líneas estratégicas, desarrolladas en 20 objetivos y 101 recomenda-

FIGURA 2

POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS SEGÚN NÚMERO DE PROBLEMAS CRÓNICOS

El 35% de las personas mayores de 80 años tienen dos o más EC



Gran parte de las personas mayores tienen más de una enfermedad crónica

Fuente: Escav 2007.

ciones, son la promoción de la salud, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, la continuidad asistencial, la reorientación de la atención sanitaria, la equidad en salud e igualdad de trato y la investigación e innovación.

A su vez, las distintas comunidades autónomas han desarrollado programas de atención a la cronicidad en su ámbito de responsabilidad.



ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

El cambio fundamental es la atención a la persona en situación de cronicidad en lugar de tratar el proceso crónico de manera independiente.

La atención a la cronicidad implica cambios en las políticas sanitarias y en la organización de la asistencia, pasando de un modelo de atención a la enfermedad aguda (curación de episodios) a un modelo de atención a las condiciones crónicas. Hace falta una gestión integral de la cronicidad desde una perspectiva poblacional:

pacientes, cuidadores, profesionales sanitarios y sistema que deben estar coordinados.

Frecuentemente la persona es portadora de más de una enfermedad crónica (pluripatología), tributaria de recibir tratamientos para cada una de ellas (polimedicación) y en situación de fragilidad clínica o dependencia que exige recursos sociales. La realidad actual y las previsiones futuras, nos obligan a evolucionar a un modelo sociosanitario de atención a la persona en situación de cronicidad (Figura 3).

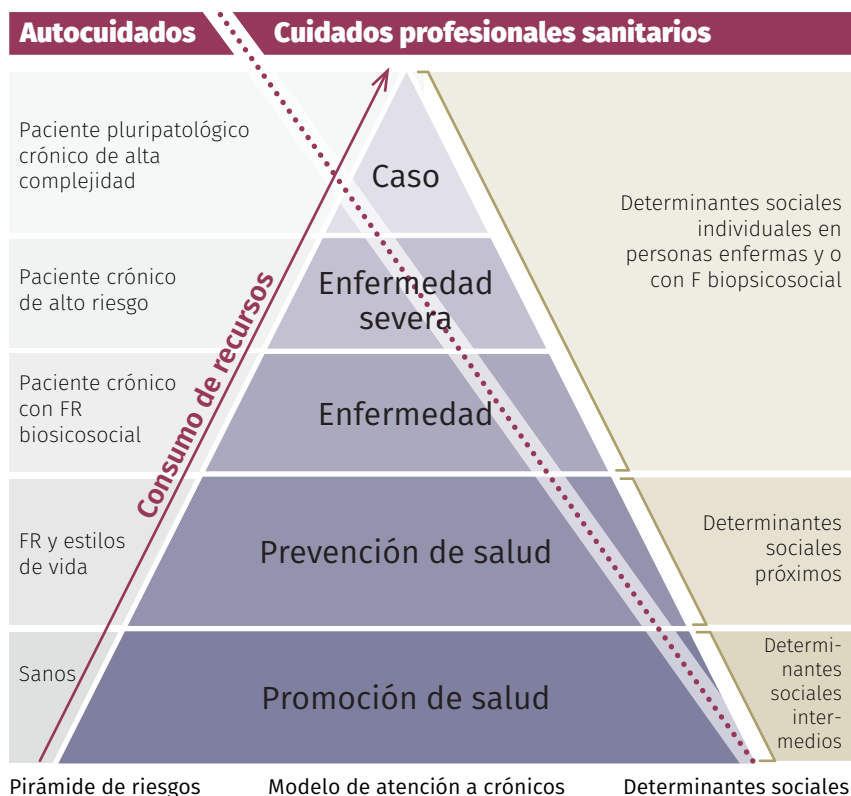
¿EN QUÉ CONSISTE EL CAMBIO DE PARADIGMA?

- **La organización del sistema de atención sanitaria**
- **El estrechamiento de relaciones con la comunidad** (grupos de autoayuda, recursos comunitarios...)
- **El diseño del sistema asistencial** (sistema proactivo, equipos multidisciplinares, nuevos roles profesionales, continuidad asistencial...)
- **Fortalecimiento de la atención domiciliaria**
- **El apoyo y soporte al autocuidado**
- **El apoyo en la toma de decisiones clínicas** (guías clínicas, especialista consultor...)
- **El desarrollo de sistemas de información clínica** (compartir la información clínica, identificar pacientes de alto riesgo...)



FIGURA 3

MODELOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD PROPUESTOS
POR ORGANIZACIONES INTERNACIONALES



Fuente: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Osakidetza. Julio 2010

PLURIPATOLOGÍA

El término pluripatología no aparece recogido en el diccionario de la Real Academia Española. Sin embargo, a todos nos sugiere un significado claro: varias patologías crónicas.

En el ámbito clínico español, se utiliza una definición del paciente pluripatológico que identifica a aquellas personas con mayor fragilidad clínica, no teniendo en cuenta los factores de riesgo más prevalentes y considerando el daño sobre órganos diana y repercusión funcional generada en dos o más sistemas. De esta forma, podemos discriminar a aquellos pacientes, frecuentemente ancianos, que por la asociación de patología crónica con repercusión en dos o más órganos o sistemas, generadora de sintomatología y limitación funcional, presentan un mayor grado de fragilidad y frecuentemente discapacidad.

En el paciente geriátrico, en ocasiones encontramos problemas no fácilmente encasillables en las conocidas enfermedades clásicas. Estos problemas de difícil inclusión se engloban en lo que se ha llamado “los síndromes geriátricos”, que podemos definir como un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades y que no pueden encuadrarse dentro del abanico de las enfermedades habituales. Son extraordinariamente prevalentes en el anciano y con frecuencia son el origen de incapacidad funcional o social. La detección y el estudio protocolizado de los síndromes geriátricos es una exigencia obligada ante cualquier paciente anciano.

En el ámbito clínico español se utiliza una definición del paciente pluripatológico que identifica a las personas con mayor fragilidad sin tener en cuenta factores de riesgo



POLIMEDICACIÓN

Los fármacos usados para tratar enfermedades, también pueden provocarlas. Tanto sus efectos adversos, previstos e imprevistos, como las interacciones entre ellos, pueden ser causa de nueva enfermedad. Este hecho incuestionable se magnifica cuando hablamos de pacientes pluripatológicos y especialmente si son ancianos.

Los estudios que evalúan los efectos del excesivo consumo de fármacos muestran la misma conclusión: el número total de fármacos que

ingiere una persona es el principal factor asociado a la aparición de efectos adversos. Este supone el parámetro más importante para determinar la incidencia del mal uso de los fármacos y de las repercusiones que este uso tiene para el paciente en cuanto a morbilidad, y no olvidemos, mortalidad, así como para el sistema sanitario. Los episodios adversos a fármacos suponen entre un 7-14% de ingresos de ancianos en los Servicios de Medicina Interna en España.

En definición de la OMS se considera polimedicación al consumo



simultáneo de más de tres fármacos. Para prevenir y minimizar los efectos de la polimedicación es imprescindible la prescripción racional, definida como la prescripción realizada por un profesional bien informado que, haciendo uso del mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en las dosis adecuadas, durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible.

Para valorar lo adecuado de la selección del fármaco, sería importante responder a tres preguntas: ¿El fármaco tiene alguna utilidad?

¿Necesita el paciente tomar ese fármaco? ¿Es adecuado el consumo de ese fármaco en las condiciones físicas y mentales que tiene el paciente?

Además, en el paciente anciano hemos de valorar otras circunstancias específicas de su situación: consideraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas medicamentosas (RAM).

Hemos de considerar que en una situación de pluripatología y polimedicación, en la que suelen “convivir” distintos prescriptores, el médico de familia debe erigirse en coordinador

y responsable último del tratamiento. Pero además del papel de coordinación del médico de familia, todos los demás actores en el tratamiento y cuidados, incluido el propio paciente, tienen asignadas unas actividades y funciones. ■

Autor para correspondencia:

Guillermo Pombo
C/ Atilano Rodríguez, 5 - 4º Izda
39002 Santander
Email: secretaria@semergen.es

PAPEL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

En especial es preciso **potenciar el papel de los profesionales de medicina y enfermería de AP como referentes** de los pacientes con problemas de salud crónicos para el seguimiento de sus procesos y la activación de recursos.

La continuidad en la atención a la salud lleva a estos profesionales a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo, **realizando actividades preventivas** y a permanecer a su lado cuando la medicina curativa ha agotado sus recursos **proporcionando cuidados paliativos**.

Fuente: Estrategia para el abordaje de la cronicidad MSSSI.



Gota: una oportunidad de intervención en salud

FERNANDO PÉREZ RUIZ¹, AGUSTÍN GARCÍA RICO²

¹Profesor Asociado de Medicina. Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco. ²Profesor Titular de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Toledo, Universidad de Castilla La Mancha.

La gota es una de las enfermedades más fácilmente controlables dentro de la patología médica del aparato locomotor, campo de la reumatología. Sin embargo, existe una inercia asistencial y de gestión sanitaria, ya que estas focalizan sus esfuerzos en el control de las manifestaciones agudas y no de su causa, lo que deriva en importantes impactos social, laboral y sanitario y de salud. Es, además, frecuente y su prevalencia aumenta especialmente en edades avanzadas y pacientes complejos, con el consiguiente incremento de costes en todos los niveles. Un abordaje precoz, efectivo y con los medios adecuados redundará en un beneficio global.

KEY WORDS: gota, costes, comorbilidad, impacto sanitario.

INTRODUCCIÓN

La gota es la *arthritis* más frecuente en la población adulta¹, presentándose más frecuentemente en varones de edad media y pudiendo llegar a afectar a más del 5 por ciento de los varones mayores de 70 años. Sus manifestaciones agudas, los llamados “ataques de gota”, son dolorosas tanto para el individuo que las sufre como para los allegados que las comparten, impidiendo la realización de actividades tanto personales como sociales y laborales y asociándose a una pérdida de la percepción de calidad de vida. La gota ha sido incluida entre las enfermedades cuyo impacto a nivel mundial estudia el grupo “*Global Burden of Disease*”².

No obstante, la gota sigue padeciendo el sesgo social y, por que no sanitario, de percibirse como autoinfligida en cuanto asociada a hábitos de vida y dietéticos insalubres si no perniciosos, incurable en cuanto a que no se le suponen opciones terapéuticas que modifiquen la evolución natural, y poco atractiva en cuanto a que los profesionales y las entidades sanitarias, académicas y de promoción de la investigación, la asumen como una entidad de escaso, si alguno, interés público.

Carlos V padeció la enfermedad en tiempos en los que ya Martín Lutero había desarrollado sus tesis sobre la contrición y las indulgencias. A día de hoy, el debate sobre la gota sigue acampando en la esfera de lo moral a pesar de que el desarrollo de los modelos de seguridad social bismarkianos, primero, y del modelo de sistema público de salud asociados a Beveridge y al modelo de Estado de Bienestar, después, debieran haberlo desviado hace mucho tiempo. La discusión sobre el gasto sanitario y

Autor para correspondencia:

Prof. Fernando Pérez Ruiz.
Servicio de Reumatología, Hospital
Universitario Cruces.
Pza. Cruces, SN
48903 Baracaldo. Vizcaya
Tel 94 600 65 51 - Fax 94 490 59 85
Email: fernando.perezr@ehu.eus



su financiación, antes con cargo a cotizaciones sociales y hoy derivada de los ingresos generales del Estado, debieran trasladarlo en parte al ámbito de la economía pública. No está de más recordar que los derechos sociales en modelos de bienestar desarrollados se asocian al concepto de ciudadanía y precisamente por eso son financiados por ingresos generales (impuestos, fundamentalmente) y no por cotizaciones profesionales y claro está que los pacientes de gota no son menos ciudadanos que los demás.

Reforzando lo anterior, la realidad de la gota es bien distinta a la que la tradición oral sustenta, pues no nos encontramos ante una conducta indeseable que deba ser corregida por los gobiernos, sino ante una situación indeseable para el mismo paciente, ya que se ha demostrado fehacientemente que es una enfermedad con clara predisposición genética, sobre la que interactúan y modulan factores externos no siempre asociados a estilos de vida “perniciosos”. Es epidemiológicamente obvio que la gota se asocie cada vez más frecuentemente al envejecimiento de la población y por ello a otras enfermedades, mayoritariamente insuficiencia renal y cardíaca y a medicamentos empleados para su tratamiento, léase diuréticos³. Aunque que se dispone de un arsenal terapéutico aprobado para su prescripción permiten controlar, si no “curar”, los síntomas y evitar la aparición y la progresión de las lesiones irreversibles. Solo queda conseguir que los profesionales sanitarios, las instituciones y la población adopten una actitud abierta, tanto más cuanto la gota es una enfermedad “curable”⁴. Por último, la escasez de evidencia de alta calidad para tomar decisiones puede deberse, si no lo es

COSTE OPORTUNIDAD EN LA GOTA

Aunque la gota se ha asociado en el imaginario popular como asociada a excesos dietéticos en clases sociales favorecidas, el rey Felipe II padeció gota desde joven, pese a su austeridad y frugalidad en la mesa y que no hay retratos que nos lo muestren obeso. Llegó a desarrollar una enfermedad tan grave que llevó a los artesanos a fabricar la primera silla de ruedas conocida en 1595.



de hecho, a un muy escaso apoyo a la investigación en este campo.

Por todo ello, mantener una actitud oscurantista, permisiva y auto-complaciente frente a un problema de salud resoluble que induce impacto personal, pero también sanitario, social y, por todo ello, económico, no parece una política ni social, sanitaria o económicamente recomendable.

IMPACTO POBLACIONAL

La gota es una enfermedad frecuente. En países desarrollados se estima entre el 1 y el 5 por ciento de la población adulta; en etnias con alta penetrancia genética, como los maorís y los taiwaneses, puede superar el 15 por ciento de la población.

Desconocemos la prevalencia real de la gota en España, hasta que se publiquen datos procedentes del estudio epidemiológico EPISER2016 realizado recientemente por la Sociedad Española de Reumatología⁵. Anecdóticamente, mientras que los países de nuestro entorno como Francia, Italia, Alemania o Reino Unido disponen de datos para estimar la prevalencia de la gota — número de casos en una población determinada— entre el 1 y el 3 por ciento de la población adulta, los únicos datos publicados en España son los procedentes de un estudio de González-Buitrago y colaboradores en 1988 y realizado en población rural salmantina que incluyó nueve poblaciones del entorno de Vitigudiño y cerca de 12.000 individuos solo entre los 40 y los 50 años de edad⁶. Basándonos en un único estudio, y con todas las limitaciones de diseño y sesgo de selección poblacional, debemos asumir que la prevalencia de gota en los varones españoles de mediana edad se estima en el 1,6 por ciento. Proyectando un 1 por ciento de la población adulta, un cuarto de millón de españoles padecerían gota.

Parece claro, por otra parte, un aumento de la prevalencia en las últimas décadas¹, explicado principalmente por un aumento tanto en la longevidad de la población, con una tendencia a la inversión en la pirámide de distribución poblacional, como en la tasa de comorbili-

des asociadas al envejecimiento, como es la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardiaca.

No sólo la población afecta tiene mayor edad, sino que en los últimos 25 años la población con gota que es referida a un hospital para valoración por un especialista en reumatología presenta un aumento del 40 por ciento de pacientes con gota más grave y que requieren ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias y se han doblado los casos de pacientes con enfermedad renal crónica y con un evento cardiovascular previo⁷.

Se requieren estudios específicos para estimar el impacto de intervenciones clínicamente probadas sobre los diversos costes



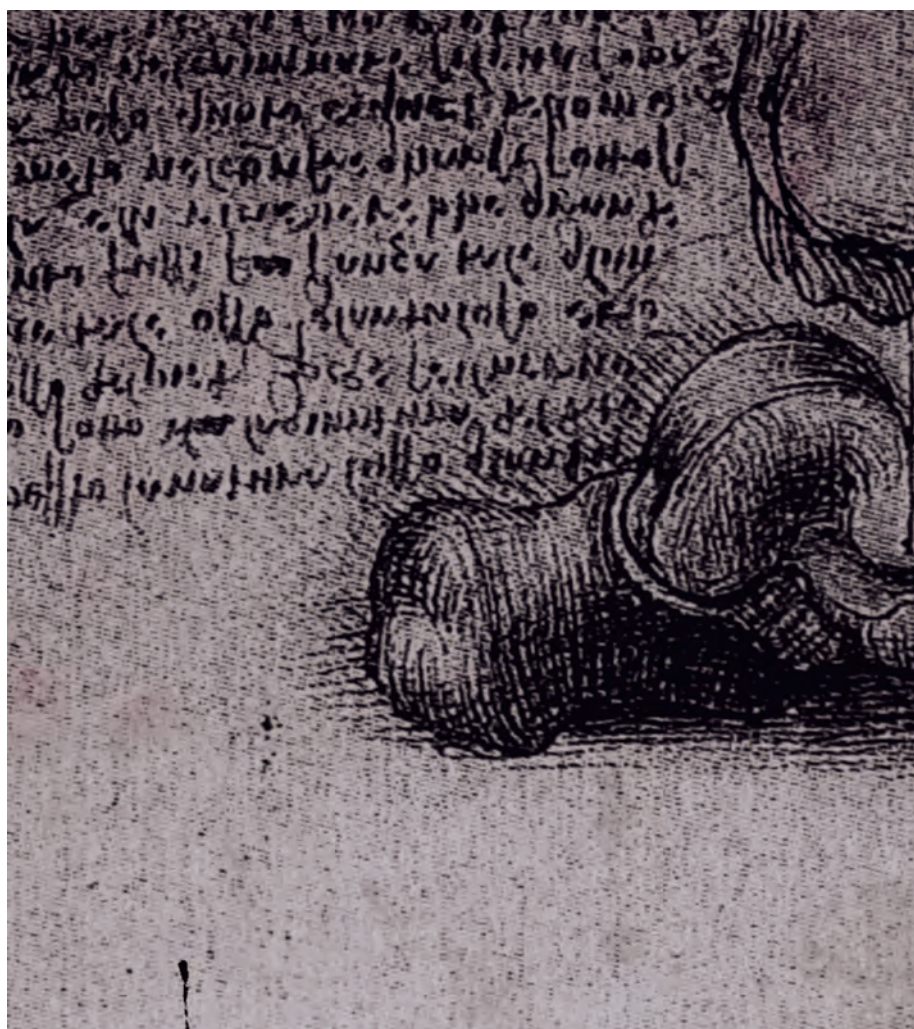
IMPACTO SOCIO SANITARIO

Del mismo modo que desconocemos la prevalencia de la gota en España, no disponemos de datos para evaluar el impacto socio sanitario de la misma. El escenario al que nos enfrentamos, como se ha comentado, es el de una enfermedad cada vez más grave en pacientes cada vez más complejos, cuando a su vez estos pacientes son los que consumen más recursos sanitarios⁸.

Paradójicamente, el porcentaje de pacientes que ha recibido tratamiento reglado no se ha modificado en un cuarto de centuria, no alcanzando la mitad de los casos globalmente y solo superándola por escaso margen en los casos graves⁷.

No solo hay que considerar que los pacientes con gota que son referidos para atención especializada han requerido previamente atención sanitaria por padecer síntomas agudos, como promedio, una vez al trimestre. Además tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones renales por el empleo reiterado de antiinflamatorios⁹ y son ingresados más frecuentemente⁷. La tasa de ingresos hospitalarios por gota se ha doblado en las últimas dos décadas en los EEUU de América¹⁰, en relación con un aumento de la frecuentación en los servicios de urgencias y un incremento de coste en la atención en urgencias que casi llega a doblarse en el sexenio analizado, presumiblemente por la asociación a una mayor complejidad por las múltiples comorbilidades presentes¹. Además, cuando estos pacientes ingresan en centros hospitalarios por otro motivo de salud tienen casi 10 veces más probabilidades de sufrir un ataque de gota durante el periodo de hospitalización y, por ende prolongar la estancia y el coste¹².

Una actitud terapéutica pasiva o de “inercia clínica” (tratar los síntomas y



los no mecanismos productores de la enfermedad) conlleva el riesgo de desarrollar gota grave y ésta un riesgo aumentado de muerte prematura, mayoritariamente por eventos cardiovasculares¹³. Al analizar los pacientes más graves, los que requieren ingreso en España, a solo uno de cada dos se le ha prescrito previamente tratamiento para corregir la hiperuricemia; como consuelo, en Suecia, paradigma de logros socio sanitarios en Europa, la tasa de ingresos hospitalarios también ha aumentado y la

de prescripciones activas de tratamiento corrector de la uricemia es aún más baja: solo está presente en uno de cada cuatro pacientes¹⁴.

Una explicación plausible, además de la mayor complejidad clínica de los pacientes, al aumento de la tasa de ingresos hospitalarios es que el tratamiento reiterado con antiinflamatorios no esteroideos es un factor de riesgo claro en la literatura científica más reciente como desencadenante de episodios de insuficiencia cardíaca^{15,16} o daño renal agudo^{17,18}.



COSTES SANITARIOS DIRECTOS

El coste sanitario estimado en un modelo teórico español se ha cifrado en unos 300 euros por ataque de gota y paciente considerando las visitas a atención primaria, especializada y urgencias, hospitalización y exploraciones complementarias; por ello podemos asumir muy conservadoramente un coste de 450 euros por paciente y año¹⁹ para una frecuencia de 1,5 episodios agudos de gota al año. El coste anual de los

medicamentos se sitúa en un rango entre 12 (para la dosis más baja de alopurinol) y 500 (para febuxostat) euros por año; en el primer año de tratamiento en diana, más de la mitad de los pacientes no han presentado síntomas y menos del 10 por ciento durante el segundo²⁰.



COSTES INDIRECTOS

Al margen de los costes que para el sistema sanitario supone el tratamiento y prevención de la gota, ésta genera otro tipo de costes indirectos, entre ellos los asociados a las pérdidas de productividad laboral, en términos de producción laboral y de tiempo de ocio del paciente y sus cuidadores, sin que hasta la fecha tengamos noticia de que se hayan estimado con detalle en España. Tomando los datos indirectos de incapacidad laboral transitoria²¹, podemos estimar además un coste laboral medio de 1.800 euros por paciente con empleo activo y año.

En todo caso, no disponemos de datos para estimar el coste en pacientes con alta comorbilidad y por ende alto riesgo de desarrollar, como se comentó, complicaciones graves que requieran hospitalización prolongada o una prolongación de un episodio de hospitalización por otros motivos. Así, el riesgo de desarrollar daño renal agudo por antiinflamatorios se duplica en pacientes con enfermedad renal crónica, vuelve a duplicarse si tienen patología cardiovascular asociada y se duplica de nuevo si no han recibido tratamiento reductor de uricemia previamente¹⁸. Tampoco podemos estimar, por no disponer de datos, el coste social, en sus vertientes de incapacidad permanente y dependencia, de pacientes que desarrollan discapacidad por desarrollar gota grave con lesiones articulares establecidas e irreversibles.

En esta y otras patologías, la compartimentación del pago del coste global por proceso limita una aproximación holística al problema: el coste sanitario es asumido por la organización u organizaciones que prestan asistencia, el farmacéutico

generalmente por la comunidad autónoma y el laboral por el INSS y el contratador/empresario. Así un abordaje precoz y efectivo en un sujeto activo laboralmente y sin comorbilidad significativa, el mayor beneficio presumiblemente derive en INSS cuando la inversión la realizaría el sistema sanitario, mientras que en un pensionista con alta tasa de morbilidad el escalón hospitalario sería en más beneficiado de una inversión presumiblemente realizada desde atención primaria.

IMPACTO LABORAL

Nuevamente desconocemos el impacto laboral de la gota en España, contrariamente a lo que ocurre en otros países desarrollados pero conocemos que un 75 por ciento de los casos se presentan en grupos etarios con posibilidad de actividad laboral. Únicamente disponemos de una comunicación sobre el impacto laboral de la gota en cuanto a absentismo, si bien en forma de resumen de comunicación a un congreso regional de Pilar Macarrón y colaboradores en 2004²¹, sobre la base de los resultados de la implementación de un programa de atención especializada con el objetivo de reducir las incapacidades laborales transitorias (ILT)²². En el estudio previamente citado, la gota suponía un 3 por ciento de las ILT de origen no traumático, con una frecuencia de 1,5 ILT por paciente y año y una duración media de la baja de 12 días, cercana a los 14 días por evento que estima, sin realizar correcciones etarias o por puesto laboral, la Secretaría de Estado para la Seguridad Social²³. La implementación del programa de intervención precoz especializada redujo el tiempo de baja y el número de bajas a corto plazo (2 años) cerca de un 30 por ciento con respecto a la asistencia sanitaria estándar, con un aho-

La gota es una enfermedad curable sin secuelas con un abordaje precoz y adecuado

rro global estimado de 74.000 euros en dos años en los 150 sujetos del grupo en que se realizó la intervención.

Tomando datos de los EEUU de América, en un sistema con menores prestaciones por incapacidad temporal que el nuestro, más del 75 por ciento de los pacientes sin control adecuado de la uricemia tuvieron bajas laborales, más del 50 por ciento fue de al menos una semana al año y más de 25 por ciento fue de al menos un mes de cada año²⁴. La media de bajas fue cercana a 20 cada año, similar a la que podemos estimar sobre los datos del estudio de Macarrón y colaboradores en España. No obstante, debemos considerar que la población USA estaba formada por pacientes más graves que la ES. El impacto no solo en cuanto a absentismo, sino también presentismo, en cuanto a reducción de la actividad productiva, está aún por estudiar en nuestro medio.

ESTUDIOS FARMACOECONÓMICOS

Los estudios farmacoeconómicos evalúan, empleando modelos teóricos, si la inversión para los pagadores de servicios (sistemas sanitarios públicos o privados) en una intervención (medicamentos, por ejemplo) supera un límite establecido como ratio de coste-efectividad por QUALY o “*quality adjusted life year*”¹⁹. Estos estudios son importantes para discernir si nuevas intervenciones en salud presentan mejores perfiles en cuanto a coste-efectividad que las intervenciones ya disponibles.

No obstante, este tipo de estudios se basan en datos mayoritariamente procedentes de ensayos clínicos controlados, pero cuyo diseño es establecer diferencias o ausencia de las mismas entre medicamentos en



poblaciones comparables y no mostrar cual es la mejor forma de conseguir desenlaces adecuados en la práctica habitual de la prestación de servicios sanitarios. De ahí su primer defecto para la aplicabilidad transversal: comparan intervenciones y no procesos.

Metodológicamente, los estudios farmacoeconómicos asumen una prescripción y unas adherencia y persistencia en el tratamiento adecuadas, cuando fuera de la atención en consultas específicas²⁵ la prescripción y adherencia al tratamiento deja mucho que desear incluso en el ya comentado modelo de asistencia sanitaria sueca²⁶. Limitando por tanto la efectividad en situaciones de práctica sanitaria habitual. Finalmente, no estiman costes indirectos sociales o laborales ni consideran que a la mayoría de los pacientes en situaciones de asistencia reales no se les prescribe tratamiento.

CONSIDERACIONES FINALES

La gota es una enfermedad de presentación más frecuente en varones en edad de realizar actividad laboral y con mayor prevalencia en poblaciones de edad avanzada y, por ello, mayor probabilidad de presentar comorbilidades asociadas.

La mayoría de los pacientes no reciben tratamiento o cuando se prescribe, no se ajusta a estándares necesarios para conseguir la remisión de la enfermedad. Es muy importante resaltar aquí que la gota es una enfermedad curable, en cuanto que un tratamiento adecuado hace desaparecer sus manifestaciones clínicas y evita la aparición de secuelas.

El reparto de costes es desigual, dependiendo de los escenarios de presentación o progresión del proceso. En todo caso, una aproximación en el momento adecuado, con los medios apropiados y con el objetivo de remisión de la enfermedad es asumible por cualquier sistema sanitario desarrollado. La financiación pública del sistema sanitario en los modelos de bienestar exige que la gota sea tratada como una enfermedad curable. Refuerza la idea la generación de externalidades negativas (costes indirectos) en enfermedades renales y cardíacas sobre las que sí existe abundante literatura de referencia, por no hablar en términos de coste de oportunidad que asimismo supone para los enfermos y sus cuidadores. ■

Referencias

1. Kuo CF, Grainge MJ, Zhang W, Doherty M. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors. *Nat Rev Rheumatol* 2015; 11(11):649-662.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859):2095-2128.
3. Richette P, Clerson P, Perissin L, Flipo RM, Bardin T. Revisiting comorbidities in gout: a cluster analysis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(1):142-147.
4. Doherty M, Jansen TL, Nuki G, Pascual E, Perez-Ruiz F, Punzi L et al. Gout: why is this curable disease so seldom cured? *Ann Rheum Dis* 2012; 71(11):1765-1770.
5. Seoane-Mato D, Sanchez-Piedra C, Silva-Fernandez L, Sivera F, Blanco FJ, Perez RF et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatol Clin* 2017; doi:10.1016/j.reuma.2017.06.009.
6. Gonzalez Buitrago JM, Arroyo A, Vega L, Gracia Fernandez N, De la Rúa A, Navajo JA. Prevalencia de la hiperuricemia y la gota en una muestra de población rural castellana de edad comprendida entre 40 y 50 años. *Rev Clin Esp* 1988; 182:454-458.
7. Chinchilla SP, Urionaguena I, Perez-Ruiz F. Ready or not? Changes in the clinical profile of gout patients over the past 25 years. *Ann Rheum Dis* DOI: 10.1136/annrheumdis-2017-eular.5459. 2017. Ref Type: Abstract
8. El País EdPV. Rafael Bengoa. https://el-pais.com/ccaa/2015/03/31/paisvasco/1427799213_481798.html. 2012. Ref Type: Internet Communication
9. Perez-Ruiz F. Treatment with Allopurinol is Associated with Lower Risk of Acute Kidney Injury in Patients with Gout: A Retrospective Analysis of a Nested Cohort. *Rheumatol Ther* 2017.
10. Lim SY, Lu N, Oza A, Fisher M, Rai SK, Menendez ME et al. Trends in Gout and Rheumatoid Arthritis Hospitalizations in the United States, 1993-2011. *JAMA* 2016; 315(21):2345-2347.
11. Singh JA, Yu S. Time Trends, Predictors, and Outcome of Emergency Department Use for Gout: A Nationwide US Study. *J Rheumatol* 2016; 43(8):1581-1588.
12. Perez-Ruiz F, Chinchilla SP, Urionaguena I. Impact of urate-lowering therapy on the risk of acute inflammation episodes during hospital admissions in patients with gout. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(Suppl 2):772. *Ann Rheum Dis* 74(Suppl 2), 772. 2015. Ref Type: Abstract
13. Perez-Ruiz F, Martinez-Indart L, Carmona L, Herrero-Beites AM, Pijoan JI, Krishnan E. Tophaceous gout and high level of hyperuricaemia are both associated with increased risk of mortality in patients with gout. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(1):177-182.
14. Dehlin MI, Sigurdardottir V, Privelegka P, Svärd A, Jacobson LT. Trends and costs for gout hospitalization in Sweden. *Ann Rheum Dis* DOI: 10.1136/annrheumdis-2017-eular.1825. 2017. Ref Type: Abstract
15. Arfe A, Scotti L, Varas-Lorenzo C, Nicotra F, Zambon A, Kollhorst B et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study. *BMJ* 2016; 354:i4857.
16. Ungprasert P, Srivali N, Kittanamongkolchai W. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure exacerbation: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med* 2015; 26(9):685-690.
17. Lipworth L, Abdel-Kader K, Morse J, Stewart TG, Kabagambe EK, Parr SK et al. High prevalence of non-steroidal anti-inflammatory drug use among acute kidney injury survivors in the southern community cohort study. *BMC Nephrol* 2016; 17(1):189.
18. Perez-Ruiz F. Treatment with Allopurinol is Associated with Lower Risk of Acute Kidney Injury in Patients with Gout: A Retrospective Analysis of a Nested Cohort. *Rheumatol Ther* 2017; 4:419-425.
19. Perez-Ruiz F, Diaz-Torne C, Carcedo D. Cost-effectiveness analysis of febuxostat in patients with gout in Spain. *J Med Econ* 2016; 19(6):604-610.
20. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Fernandez-Lopez MJ, Herrero-Beites AM, Ruiz-Lucea E, Garcia-Erauskin G et al. Treatment of chronic gout in patients with renal function impairment. An open, randomized, actively controlled. *J Clin Rheumatol* 1999; 5(2):49-55.
21. Macarrón P, Blanco M, Abásolo L, Lajas C, Carmona L, Jover JA. Incapacidad laboral producida por gota: descripción y resultados de un programa de intervención específico. *Rev Esp Reumatol* 31[2], 109. 2004. Ref Type: Abstract
22. Abasolo L, Carmona L, Hernandez-Garcia C, Lajas C, Loza E, Blanco M et al. Musculoskeletal work disability for clinicians: time course and effectiveness of a specialized intervention program by diagnosis. *Arthritis Rheum* 2007; 57(2):335-342.
23. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Manual de tiempos óptimos de incapacidad laboral. Tercera Edición. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf> [2013
24. Edwards LN, Sundry JS, Forsythe A, Blume S, Pan F, Becker MA. Work productivity loss due to flares in patient with chronic gout refractory to conventional therapy. *J Med Econ* 2011; 14(1):10-15.
25. Abhishek A, Jenkins W, La-Crette J, Fernandes G, Doherty M. Long-term persistence and adherence on urate-lowering treatment can be maintained in primary care-5-year follow-up of a proof-of-concept study. *Rheumatology (Oxford)* 2017; 10.1093/rheumatology/kew395 [doi].
26. Dehlin MI, Ekström EH, Petzold M, Strömberg U, Telg G, Jacobsson LTH. Factors associated with initiation and persistence of urate-lowering therapy. *Arthritis Research & Therapy* 2017; 19(6):DOI 10.1186/s13075-016-1211-y.



Portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Congreso

Jesús María

FERNÁNDEZ

El portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad tiene una gran experiencia a sus espaldas. Fue viceconsejero de Sanidad en el Gobierno Vasco liderado por Patxi López y tenía por jefe a Rafael Bengoa. Ahora, durante su etapa nacional, el diputado por Navarra aborda la política sanitaria desde una enmienda a la totalidad al Real Decreto 16/2012. En esta entrevista, además, analiza el panorama socioeconómico que envuelve al Sistema Nacional de Salud y propone diversas medidas para solventar uno de los problemas de raíz: la financiación.

Por Javier Ruiz-Tagle
Redactor de El Global



Pregunta. Los Presupuestos Generales del Estado están prorrogados. ¿Veremos cuentas nuevas en 2018?

Respuesta. Es una obligación constitucional del Gobierno. En este momento está incumpliendo la Constitución porque su obligación es presentarlos para el año próximo, lógicamente habiendo conseguido antes el apoyo del Parlamento. Pero si no lo tiene también tiene que traerlos igualmente y someterlos a debate del Congreso. Esto que se está viendo de que como no tengo apoyos no traigo presupuestos es la primera vez que se conoce en democracia.

P. De llegar esas cuentas en los próximos meses, ¿qué demandas tiene el PSOE para ellas?

R. Nosotros fuimos críticos con los presupuestos de 2017 porque además de llegar tarde eran continuistas e insuficientes en materia de financiación sanitaria. A la espera de ver los nuevos presupuestos la verdad es que, por lo que conocemos a través de las declaraciones del Ministerio, creemos que vamos a ver una situación igual. Es decir, unos presupuestos que no aportan ninguna novedad, ni siquiera respecto al plan de trabajo que planteó la ministra para esta legislatura.

P. Entiendo entonces que veremos enmiendas similares a la del año anterior, como el fondo para la innovación y un mayor presupuesto para el Fondo de Cohesión...

R. Sí. Plantearemos que no solamente hay que atender al presupuesto del Ministerio de Sanidad. Nos preocupa el presupuesto que se asigna a las comunidades autónomas para financiar la sanidad. El

Partido Socialista sigue insistiendo en todos los foros que hace falta tener una posición común para todo el Sistema Nacional de Salud respecto a las necesidades que existen. En segundo lugar, respecto a los presupuestos propios del Ministerio de Sanidad, planteamos recuperar el Fondo de Cohesión, que además ya se planteó en el Congreso por parte del Partido Socialista y tuvo el apoyo de la Cámara. Crear un fondo para la innovación para abordar los nuevos medicamentos y, en tercer lugar, desarrollar reglamentariamente el Fondo de Garantía Asistencial, que nos parece fundamental para poder compensar a las comunidades autónomas por la atención que prestan a otros ciudadanos de otra región.

P. Existen datos que muestran una infrafinanciación de la sanidad. De hecho, su compañero en el Senado, José Martínez Olmos, la cifra en el entorno del 15 por ciento. ¿Qué propuestas tiene el PSOE para aumentar la inversión sin romper los acuerdos de estabilidad con Bruselas?

R. Yo lo he dicho en muchas ocasiones. La primera medida sanitaria que necesita este país es una reforma fiscal. Sin más recursos no vamos a poder financiar el Estado del Bienestar que todos aspiramos y el que teníamos antes de la crisis. El Partido Socialista va a presentar unos presupuestos alternativos para el 2018 y la base financiera de estos presupuestos es esa reforma fiscal para poder recaudar los recursos necesarios y así dotar de manera suficiente a la sanidad, a la dependencia a la educación, investigación...



“El Partido Socialista va a presentar unos presupuestos alternativos para el 2018”



P. ¿Tienen cálculos sobre cuál es la deuda del sistema sanitario español?

R. Hay una deuda que está contabilizada a través de los fondos de facilidad financiera y los de liquidez, que han permitido a las comunidades autónomas afrontar sus necesidades de gasto social. Pero el problema es que hay una deuda acumulada de las comunidades autónomas que hay que resolver. Ahí está el informe de los expertos de sistema de financiación autonómica que hablan de hacer una negociación entre comunidades y Estado para ver cómo se reestructura esa deuda. Yo pienso que una parte de esa reestructuración debe venir también de la mano de una condonación parte de la deuda.

P. ¿Qué le parece el informe del comité de expertos designado por la Conferencia de Presidentes?

R. Es un informe que tiene mucho trabajo detrás y grandes expertos y que por lo tanto hay que analizar con mucho interés. Hay elementos muy positivos porque pone encima de la mesa una serie de datos como la evolución del gasto público durante los últimos 8 años, desde 2009. Ahí se encuentra que donde más se ha ajustado el gasto público ha sido en el gasto social que corresponde a las comunidades autónomas y donde menos se ha ajustado ha sido en el gasto correspondiente al Estado. Es decir, han sido las comunidades autónomas las que han tenido una mayor presión para ajustarse a la crisis. Esto significa que hay que buscar un nuevo acuerdo entre las partes sobre cuál es la suficiencia dinámica del gasto social. Por eso nosotros insistimos tanto al Ministerio para que reúna a las comunidades autónomas y se

llegue a una posición común sobre cuáles son las necesidades de financiación sanitaria. Lo está demandando, insisto, el propio comité de expertos. Luego, el informe dice también que el sistema de nivelación entre comunidades autónomas ha funcionado bien. Lo que ha ocurrido es que después hay una serie de mecanismos suplementarios del sistema de financiación autonómico de 2009 que son los que distorsionan la igualdad entre comunidades. Por eso ellos plantean una simplificación del modelo de asignación entre autonomías para que haya un cálculo de cuáles son las necesidades ajustadas en función de las características de población de cada región para cubrir los servicios públicos fundamentales y que se asigne la financiación autonómica según esas necesidades. Después también debe haber un acuerdo político para ver hasta dónde llega el nivel de solidaridad entre territorios de manera que prevalezca el criterio de ordinalidad. En definitiva, en esos grandes aspectos del modelo el informe es bueno y muy reutilizable. Es verdad que luego, en algunos aspectos, nosotros no estamos de acuerdo, como es el caso de los copagos a la carta que plantean porque ni es nuestro modelo el copago ni queremos que se produzcan desigualdades entre territorios.



P. Han solicitado la presencia en el Congreso de la ministra de Sanidad para abordar este y otros asuntos. ¿Qué esperan de Dolors Montserrat?

R. Yo siempre espero lo mejor de nuestros políticos. Por eso espero que asuma su responsabilidad y que aborde los grandes problemas que tiene la sanidad española. Uno es el de la financiación, otro es el déficit de recursos humanos, otro es la desigualdad en salud que se ha producido como consecuencia de la crisis y otro son los temas que tienen que ver con la salud pública. Estos cuatro puntos son las grandes prioridades que la ministra no está abordando. Realmente, si uno hace balance de los que ha sido este primer año de gestión de la ministra pues es bastante decepcionante. No hay ningún movimiento del Ministerio para resolver los problemas que ella heredó, como la troncaldad, ni para resolver los problemas que hemos planteado a lo largo de este año. Tampoco ha avanzado en los objetivos de legislatura que ella planteó.

P. En el último Consejo Interterritorial (8 de noviembre) algunos consejeros manifestaron al concluir el cónclave que habían arrancado un compromiso a Montserrat para realizar un estudio sobre financiación sanitaria. ¿Cuál es la receta del PSOE?

R. Lo primero es que vamos tarde. La Conferencia de Presidentes se celebró en enero. El compromiso era tener un nuevo modelo de financiación autonómico para finales de año y estamos a 40 días de que acabe. El informe de los expertos se entregó en julio. Desde marzo lleva-



mos pidiendo a la ministra una sesión monográfica del Interterritorial para abordar la financiación. Ahora la ministra, a 40 días de la finalización del plazo comprometido, no puede decir que va a hacer un estudio sobre la financiación sanitaria. ¿Cuál es la receta del Partido Socialista? Bueno, lo hemos dicho: una reforma fiscal para dotar de más recursos a la sanidad pública. Nuestro horizonte es llegar al 7 por ciento del Producto Interior Bruto pero, reconociendo que estamos a más de un punto de ese objetivo, por los menos esperamos recuperar el 6,5 por ciento de inversión. Eso nos permitiría abordar el déficit

que tiene la sanidad española y afrontar con cierta solvencia los nuevos retos, como son el estado de los profesionales y la innovación terapéutica. No vamos a cejar en denunciar que el modelo de financiación sanitaria no puede pasar ni por aplicar copagos, ni por estrangular a la sanidad pública para que se siga trasladando el gasto sanitario público al privado, que es lo que ha ocurrido en los últimos 8 años de crisis. Esa es la segunda gran privatización que se ha producido en la sanidad española, la otra es la de las concesiones sanitarias. La población gasta hoy 3.000 millones de euros más que antes de la crisis.



“Nuestro horizonte es llegar al 7% del PIB pero, reconociendo que estamos a más de un punto de ese objetivo, por lo menos esperamos recuperar el 6,5% de inversión”

P. ¿Cree que el Congreso de los Diputados debe abordar cuánto cuesta un año de vida ajustado por calidad para ajustar las necesidades de financiación?

R. Yo creo que existen modelos teóricos rigurosos para hacer esos cálculos y ese debate. Creo que no sería bueno contaminar el debate político con algo que tiene una metodología científica donde, por supuesto, tiene mucho que ver la percepción ciudadana del valor de un año de vida vivido con calidad.



P. Actualmente tienen una Proposición de Ley para recuperar la universalidad y eliminar el copago establecido por el Partido Popular que se encuentra en tierra de nadie por el veto presupuestario del Gobierno. ¿Qué avances ha habido desde aquella presentación que hicieron en septiembre con todos los grupos menos el PP y Ciudadanos?

R. En el pacto que hicimos con los colectivos sociales insistimos en que la proposición de ley ya está ahí y el problema es el veto del gobierno. Cuando la ministra vino a comparecer a principio de legislatura le ofrecí empezar a acordar, a ella le gusta hablar de pacto pero yo prefiero la palabra acuerdo, sobre la base de ocho áreas y una de ellas es la universalidad. Yo creo que la universalización en España no cuesta dinero, es falso el documento que envió el Gobierno para vetar esa Proposición de Ley mezclando lo que es la atención sanitaria a los inmigrantes que viven en España con el turismo sanitario. No es cierto que cueste 1.000 millones la universalización. Además, los costes que pudieran significar yo estoy convencido que se compensan con el coste que tiene no atender a la gente en Atención Primaria y sí hacerlo en urgencias de los hospitales. Pero no hay avances en relación a la Proposición de Ley. La ministra sigue insistiendo en un pacto por la sanidad pero de todas aquellas medidas que nosotros le planteamos no ha habido ningún avance. Si el Ministerio aceptara ponernos a dialogar sobre esas ocho áreas estoy seguro de que habría posibilidades de acuerdos. Pero nosotros no vamos a entrar en ningún acuerdo que no pase por recuperar la universalidad. Es un elemento bá-

sico de cohesión social y además es que España está incurriendo en una contradicción absoluta porque muchas de estas personas que están sin tarjeta sanitaria están trabajando, aunque sea de forma irregular. No son parásitos de la sociedad, son personas que están trabajando cuidando a nuestros mayores o recogiendo cosechas en condiciones, muchas veces, infrahumanas. Lo mínimo que podemos hacer por estas personas es atenderles cuando se ponen enfermos.



P. Decía que los cálculos del Gobierno sobre los costes de devolver la universalidad son falsos. ¿Han realizado una memoria económica para ver el impacto que supone esta Proposición?

R. Sí, hay un cálculo teniendo en cuenta las personas que no tienen tarjetas sanitarias. Creemos que son algo más de 100 millones de euros, pero sin considerar el coste en el que ya se está incurriendo por la atención en urgencias en lugar de en atención primaria.

“Tenemos un cálculo (para la universalidad) de algo más de 100 millones pero sin considerar el coste en el que ya se está incurriendo por la atención en urgencias”





P. Pasemos a hablar de medicamentos y financiación. ¿Qué le parece el protocolo firmado con Farmaindustria para garantizar la sostenibilidad del gasto farmacéutico?

R. Pensamos que hay otras alternativas para garantizar la sostenibilidad del gasto farmacéutico. Nos parece un acuerdo demasiado simple que no resuelve nada. Además no sabemos qué pasa si el gasto farmacéutico se pone por encima del Producto Interior Bruto o si se queda por debajo. No sabemos cómo va a devolver dinero Farmaindustria si el gasto se dispara ni cuáles son las compensaciones que va a hacer el Gobierno de la Nación si no se llega al crecimiento del PIB. Nos parece un acuerdo que es papel mojado y que no afronta la complejidad de la sostenibilidad del gasto farmacéutico. Hay que entrar en otros mecanismos. Hay que ver cuál es el horizonte de la innovación farmacológica en España, qué nuevos medicamentos vienen y con qué coste. Hay que abordar el mecanismo de fijación de precios, hay que ver cómo conseguimos que vuelva la senda creciente de penetración del medicamento genérico, hay que ver qué planteamiento hacemos respecto al uso de biosimilares. Hay muchos aspectos que tienen que ver con el precio del medicamento y con la sostenibilidad del gasto farmacéutico que no recoge ese acuerdo con Farmaindustria. Nuestra posición es muy crítica con ese acuerdo. Además de que criticamos la obligación que se ha hecho a las comunidades autónomas

“El pacto firmado con Farmaindustria nos parece un acuerdo que es papel mojado y que no afronta la complejidad del gasto farmacéutico”

a firmar unos acuerdos que no saben para qué sirven ni qué repercusiones tienen como condición para poderse beneficiar de los fondos de liquidación autonómica.

P. Tras este repaso, le voy a pedir detalles sobre los puntos que acaba de mencionar. Ha habido mucha innovación en el terreno de financiación de fármacos: techo de gasto, pago por resultados, compra

por volumen... ¿Qué otras fórmulas podrían funcionar?

R. Estamos esperando a que el Ministerio comunique su planteamiento sobre el mecanismo de fijación de precios. Cuando tomó posesión la nueva directora general de Farmacia hizo un planteamiento aparentemente innovador pero desde entonces no hemos sabido nada más. El Real Decreto de Precios de Medicamentos se ha quedado aparcado y nosotros le hemos pedido al secretario general de Sanidad que venga a explicar cuál es la política de fijación de precios de medicamentos. Nuestro planteamiento es que el Gobierno tiene que gobernar y eso es un déficit que estamos viendo a lo largo de la legislatura porque no lo hace. En cualquier caso, estamos en la línea de las recomendaciones que ha hecho el Parlamento Europeo este año que son más transparencia en la fijación de precios, estudiar los informes de coste/efectividad para hacer una financiación pública del medicamento y para aquellos fármacos que tengan un posicionamiento terapéutico amplio, léase hepatitis C o ACOs, hay que ir a acuerdos con los fabricantes para establecer techos de gasto y mecanismos de riesgo compartido. Este último hay que explorarlo más a fondo. El caso del Plan de hepatitis C nos muestra que no se ha hecho bien porque teníamos la gran oportunidad de haber entrado en un mecanismo de financiación de la innovación terapéutica que hubiese sido predecible y transparente. No ha sido ni una cosa ni la otra.





P. Recogido esto último, en Comisión de Sanidad aceptaron la Proposición No de Ley de Podemos sobre las recomendaciones del Panel de Alto Nivel de la ONU sobre acceso a la innovación con una enmienda que propuso su grupo donde se incluía las conclusiones del 'Informe Cabezón'. ¿Qué debe cambiar en el modelo actual de acceso?

R. Creo que hay que empezar por una mayor transparencia en la fijación de precios y en ese proceso sería bueno contar con las comunidades autónomas. También hay que ahondar en la transparencia de cuál es la contribución de la investigación pública en el desarrollo de determinados medicamentos. Además, en las negociaciones que se hagan con los laboratorios para fármacos de alto coste se deben llegar a acuerdos que permitan una modulación en el impacto presupuestario que suponen. Lo que no puede ser es que un Plan que iba a tratar a 50.000 personas y que iba a costar unos 700 millones, al final resulta que hemos tratado a 85.000 personas, que no llega a ser el doble de la estimación prevista, y sin embargo nos ha costado 2,5 veces más cuando tenía que haber ocurrido todo lo contrario, es decir, al aumentar el número de casos tratados se abarate el coste. Tampoco puede ser que el ministerio esté definiendo cuáles son los criterios de extensión de los tratamientos y no tenga en cuenta a quienes pagan los tratamientos, que son las comunidades autónomas.





P. Podemos no abandonar la idea de crear una subcomisión, aunque reconoce que antes hay que abordar la situación que se vive en torno a la Ley de Dependencia. ¿Apoyarían su creación?

R. Sí. Nuestro planteamiento es que se deben apoyar las dos subcomisiones. Tenemos que abordar como sistema nacional de salud el acceso a la innovación.

P. Cuando se habla de acceso a la innovación se suele recurrir a la argumentación que dice que los ahorros generados por el uso de genéricos y biosimilares debe reinvertirse. ¿qué política se debe seguir con estos medicamentos?

R. Cuando yo estuve en el Gobierno Vasco la política que desarrollamos de forma importante es la prescripción por principio activo. España ha avanzado pero debemos seguir. Después hay que ver cómo promovemos el uso del medicamento genérico de forma que no perjudique al otro objetivo que debemos conseguir y que es reducir el precio del medicamento de marca. Creo que los dos objetivos son conciliables. Pienso que ante igualdad de precio prevalezca la dispensación del genérico es una buena medida que se ha perdido. Creo que esto funcionaría mejor que ir a precios diferenciales en los cuáles el medicamento de marca tenga un precio superior y la diferencia la pague el ciudadano.

P. ¿Está de acuerdo con el establecimiento de cuotas para los fármacos biosimilares?

R. No es una buena política forzar con calzador. Hay que seguir avanzando en los acuerdos con las sociedades científicas e involucrarlas. También hay que hacer pedagogía sobre el valor terapéutico que aporta un biosimilar. Estamos hablando del problema de la sustitución, no de los tratamientos naïve, porque en este caso todos estamos de acuerdo en que cuando existe un biosimilar debe de empujarse con él. Es un trabajo de consenso con pacientes y profesionales.

P. Como médico, ¿cree que falta formación relativa a estos medicamentos?

R. Yo no hablaría en términos de déficit de formación, sino de que la formación que tienen en biosimilares es mejorable. Hay que ir quitando miedo y eso se gana con la práctica asistencial. En la medida en que los médicos vayan viendo que el biosimilar funciona y que la sustitución no tiene mayores problemas salvo en casos excepcionales, eso va a hacer que la penetración del biosimilar vaya incrementándose.

P. Parece que el Real Decreto de Precios se va a retrasar porque el Ministerio ha decidido que corre más prisa legislar los Productos Sanitarios. ¿Cuál es la posición de su grupo frente a este último texto?

R. No creo que hayan sacado primero el de productos sanitarios porque corra más prisa. Yo creo que no se atreven a abordar el problema de la financiación pública de medicamentos. Estamos estudiando el texto y también lo están haciendo las consejerías socialistas. Tomaremos una posición más adelante. ■

REPORTAJES





Jornada

La AGP presenta un plan estratégico que refuerza el papel central de los pacientes



La V Jornada de Pacientes de la Alianza General de Pacientes se planteó como objetivo dar pasos para hacer realidad el empoderamiento del colectivo. El papel de las asociaciones en la humanización de la atención sanitaria y las vías de participación en el sistema sanitario fueron algunos de los temas abordados en este foro en el que la AGP presentó sus líneas estratégicas en los próximos años.

Empoderamiento, participación, paciente formado e informado, cambio, humanización... son algunos de los términos que han estado sobre la mesa en la V Jornada de Pacientes de la Alianza General de Pacientes (AGP). Un foro de encuentro celebrado en la sede de Fundamed en el que las asociaciones de pacientes y los responsables de la administración pusieron sobre la mesa sus visiones sobre el papel que han de jugar los pacientes en el sistema sanitario.

Durante la inauguración, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, aseguró que un total de 5,5 millones de euros irán a parar en 2018 a la nueva viceconsejería de Humanización, con el objetivo de “seguir desarrollando acciones específicas que acompañen al paciente en todos los momentos clave de la vida”. La jornada contó con el apoyo de las compañías Cinfa, Roche y Astellas. Ruiz Escudero remarcó también que la colaboración con las asociaciones “resulta esencial para acometer mejoras en el sistema”, e hizo hincapié en su intención de reforzar esta colaboración.

Desde la Alianza, su presidente de Honor, Emilio Marmaneu, defendió la necesidad de que los pacientes participen. “No pretendemos asaltar el Palacio de Invierno, pero sí participar. Si nos dejan opinar, reclamar, pedir la luna, colaboraremos mejor”, expuso.

Por su parte, Santiago de Quiroga, vicepresidente ejecutivo de Fundamed, recordó que la entidad trabaja de manera activa en el análisis de las políticas sanitarias y apoya deci-



1
Emilio Marmaneu y Antonio Bernal, de la Alianza General de Pacientes, junto al consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, y el vicepresidente ejecutivo de Fundamed, Santiago de Quiroga.

2
El consejero madrileño pasó por el set de TV de Netsalud.

3
Gran parte de las asociaciones de la AGP asistieron a la jornada.

4
Ruiz Escudero con Antonio Torralba (Conartritis) y Leopoldo Cabrera (FEP).





5

Leopoldo Cabrera (FEP), Eva Pérez (Fneth), Cristina Fuster (ASEM), Teresa Pacheco (Comunidad de Madrid) y Andoni Lorenzo (FEDE), debatieron sobre el papel del paciente en la humanización de la sanidad.

6

Teresa Pacheco, subdirectora de Humanización de la Comunidad de Madrid, explicó las líneas de la consejería.

7

Fernando Prados, viceconsejero de Humanización de la Comunidad de Madrid, Esther Martín del Campo, redactora jefe de Gaceta Médica, y Rodrigo Gutiérrez, director general de Calidad y Humanización de Castilla-La Mancha.

8

Fernando Prados, viceconsejero de Humanización de la Comunidad de Madrid, auguró grandes cambios para el sistema sanitario en los próximos cinco años.

9

El responsable castellano-manchego, Rodrigo Gutiérrez, repasó las tres líneas principales de su comunidad autónoma en la humanización de la atención sanitaria: redes de expertos, escuelas de salud y Plan Dignifica.

didamente esta participación de los pacientes.

La visión de las asociaciones de pacientes quedó reflejada de forma especial en dos de las mesas de la jornada. En un primer panel inaugural, que analizó la participación del paciente en la humanización de la sanidad, la subdirectora general de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Teresa Pacheco, fue la encargada de abrir la mesa, desgranando el proyecto de humanización en esta comunidad autónoma. El foro conducido por Cristina Fuster, presidenta de la Asociación Española de Enfermedades Neuromusculares (ASEM), y también contó con la participación de Eva Pérez, presidenta de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos, (Fneth); Rafael Herrero de la Escosura, coordinador general de la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Oseas (Fhoemo); Leopoldo Cabrera, presidente de la Federación Española de Párkinson (FEP); y Ando-



ni Lorenzo (FEDE), presidente de la Federación Española de Diabéticos Españoles (FEDE).

En su intervención, Pacheco resaltó la necesidad de escuchar activamente a los pacientes y recordó que “es cuestión de todos llegar a la rehumanización” de la atención sanitaria que propone la consejería. Por su parte, desde las asociaciones de pacientes, se abogó por hablar de humanización, frente al término de empoderamiento, y de la necesidad de situar al paciente al lado, y no en el centro del sistema.



Frente a “empoderar”, los pacientes abogan por humanizar la asistencia

UNA CARTERA DE SERVICIOS QUE INTEGRE AL PACIENTE EXPERTO

Dos responsables de las consejerías de Sanidad de Castilla-La Mancha y Comunidad de Madrid, Rodrigo Gutiérrez y Fernando Prados, analizaron el papel de los pacientes en el sistema sanitario. Desde mediados de 2015 las consejerías de Sanidad de Castilla-La Mancha y la Comunidad de Madrid cuentan con una dirección general de Humanización, que en el caso de Madrid adquirió el rango de vice-





consejería en septiembre de este año. Sus responsables, Rodrigo Gutiérrez y Fernando Prados, recalcaron en sus intervenciones que, por supuesto, se trata de perfilar la participación del colectivo en “su sistema sanitario”.

El viceconsejero de Humanización madrileño, Fernando Prados auguró grandes cambios en los próximos cinco años, tantos como los registrados en varias décadas, y alertó de que tanto el sistema sanitario como las asociaciones de pacientes tendrán que prepararse para afrontarlos. Entre otras ideas, el viceconsejero barajó la conveniencia de integrar en la cartera de servicios la figura del paciente experto. De este modo, un paciente puede recibir junto con un diagnóstico difícil de encajar el apoyo de un paciente que ha pasado por su misma situación y puede aportarle su experiencia a la hora de afrontar esta patología.

Prados abogó también por establecer un escenario y unas bases, más allá de las normas que rigen la creación de asociaciones, para conseguir que la participación de asociaciones de pacientes sea “más eficiente” para el sistema.

En esta misma línea, Rodrigo Gutiérrez, director general de Calidad y de Humanización en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha anunció cambios a corto plazo en el papel que jugarán las asociaciones de pacientes regionales. Gutiérrez recordó que las cortes regionales están tramitando una nueva ley de participación que obligará a remodelar los órganos en todos los ámbitos, entre ellos el sanitario, como fórmula para reforzar el mecanismo de implicación de la sociedad civil.

Según su visión, un problema importante todavía para que se alcance la interlocución necesaria es el escaso tejido asociativo, junto a la

fuerte atomización del colectivo. Gutiérrez destacó también los tres pilares del plan de humanización de su comunidad: las redes de expertos, que integran al paciente, la escuela de salud, y su Plan Dignifica.

La segunda mesa sobre pacientes de la jornada trató sobre el empoderamiento del colectivo. Un término que, al igual que en el primer panel de pacientes, no convence a todo el colectivo. Frente al término empoderado, Contxita Tarruella, presidenta de Esclerosis Múltiple España (EME), insistió en hablar de “un paciente formado e involucrado”. Además, destacó la distancia que existe entre la teoría que plantean habitualmente los responsables de la administración cuando hablan de participación del paciente y la realidad. “Las buenas intenciones no se llevan a la práctica”, cuestionó, en relación al escenario de participación diseñado en la mesa anterior, un punto en el que coincidieron el resto de compañeros de mesa.

Tarruella hizo hincapié en que humanización implica recursos, formación y más personal y defendió que para que el paciente participe, es preciso que “te inviten a participar”. De igual modo, subrayó que las asociaciones, que están cubriendo necesidades que no contempla el sistema sanitario, insten a la Administración a resolver estas lagunas.

Por su parte, Santiago Alfonso, gerente de Acción Psoriasis, recordó que en la práctica se han registrado pocos cambios en los principios de Declaración de Barcelona en 2003, planteada por los directores generales en el foro anterior, y abogó por pasar a la acción.

“El médico debe recetar asociaciones de pacientes y los gestores indicárselo a sus profesionales”, apuntó. Asimismo, Antonio Torralba, presidente de Conartritis, quien remarcó



10

Antonio Torralba, presidente de Conartritis, destacó que la mayor parte de las asociaciones están preparadas para asumir responsabilidades en la toma de decisiones.

11

Antonio Torralba (Conartritis), Contxita Tarruella (EME), Antonio Bernal (AGP), Laura Quintas (Agadhemo) y Santiago Alfonso (Acción Psoriasis) debatieron sobre cómo, cuándo y dónde empoderar a las asociaciones.

12

La presidenta de Esclerosis Múltiple España, Contxita Tarruella, reclamó que las administraciones lleven a la práctica su visión teórica sobre la participación del paciente en la sanidad.



11



12

que gran parte de las asociaciones están preparadas para asumir la responsabilidad de participar en los procesos de toma de decisiones. Para finalizar, Laura Quintas, presidenta de la Asociación Gallega de Hemofilia (Agadhemo), reclamó el papel reivindicativo que han de tener las asociaciones de pacientes.

Durante la jornada también se repasaron las líneas estratégicas del Plan estratégico de actuación de la AGP 2018-2020. El recorrido por los logros alcanzados en los últimos años por la Alianza, constituye el mejor aval de lo que la entidad puede aportar de cara al futuro. Sobre esta idea, el presidente de la AGP, Antonio Bernal, el presidente de Honor de la AGP, Emilio Marmaneu, y su gerente, Jorge Hinojosa, presentaron su Plan estratégico de actuación 2018-2020, y recibieron el apoyo de las asociaciones a los dos últimos años de gestión, así como a las líneas de trabajo propuestas.



Una de estas prioridades de la Alianza es dar el último impulso al acuerdo con el Ministerio de Sanidad, cuyo trámite se halla en la recta final. Este documento, tal y como expusieron, recoge entre sus líneas principales la apuesta por la participación de los pacientes, la cohesión social y territorial, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, el impulso a la salud pública y a la educación para la salud de los ciudadanos, el refuerzo de la atención primaria y el avance hacia la mejora de la calidad asistencial.

En la misma línea, el acuerdo también recoge otras áreas prioritarias para la AGP, como el impulso a la medicina de precisión, y el interés especial por áreas como oncología, cronicidad y desnutrición relacionada con la enfermedad, entre otros puntos.

PERSONALIDAD JURÍDICA

Los portavoces de la Alianza informaron también de que uno de los requisitos que estaba pendiente de cumplir la AGP para poder alcanzar este nivel

13 Emilio Marmaneu, presidente de Honor de la AGP, Antonio Bernal, presidente de la AGP, Jorge Hinojosa, gerente de la AGP, y Julio Roldán, vicepresidente de la AGP, presentaron las líneas de trabajo.

14 Elena Andradas, directora general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

15 Enrique Ordieres, presidente de Cinfa.

16 Los asistentes continuaron el debate durante el café.

17 Enrique Ordieres, presidente de Cinfa; Elena Andradas, directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad; Antonio Bernal (AGP); y Santiago de Quiroga (Fundamed), en la clausura de la V Jornada.

de interlocución era la obtención de personalidad jurídica. Sobre este tema, Antonio Bernal confirmó que actualmente la Alianza ya cuenta con un número de inscripción en el Registro Nacional de Asociaciones.

La AGP tradicional, en la que están representadas las asociaciones de

pacientes, pero también sociedades científicas y profesionales, entidades privadas y administraciones públicas, convivirá a partir de ahora con esta nueva estructura. Y es que el área de pacientes se ha constituido con personalidad jurídica, sobre la base de una junta directiva fundadora a la que podrán sumarse en un futuro el resto de asociaciones de pacientes que forman parte de la AGP. Una buena noticia, subrayan, que reforzará el peso de este colectivo en el diálogo con las administraciones.

ESTRATEGIAS EN UN MARCO DE CONSENSO

Como portavoz del Ministerio de Sanidad, la directora general de Salud Pública, Elena Andradas, recordó que “calidad, equidad y cohesión son valores que hacen que el Sistema Nacional de Salud esté entre los mejores del mundo”. Andradas, que fue la encargada de clausurar esta jornada, insistió en que los responsables tratan de



14



16



15

ganar la confianza de un paciente que, sin lugar a dudas, ocupa un lugar “importantísimo”, ya que son “los verdaderos protagonistas del SNS”.

La directora general recordó que las estrategias que impulsa el Ministerio se elaboran “en un marco de colaboración y consenso”, y destacó su apuesta por la participación de las asociaciones en la Red de Escuelas de Salud, que promueven esta participación también entre los cui-

dadores y los familiares de los enfermos.

Por su parte, Enrique Ordieres, presidente de Cinfa, aseguró que las asociaciones de pacientes, bien gestionadas, permiten al colectivo tener presencia en los lugares en los que se toman decisiones sobre su salud. Para finalizar, Santiago de Quiroga (Fundamed) destacó la aportación de la AGP a la transparencia con la puesta en marcha de un sello de calidad que se renovará este año.



17



62º Congreso de la SEFH

Retos, redes y resultados, en el Congreso de Farmacia Hospitalaria



El 62º Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria partía con el objetivo de poner la innovación al servicio del paciente. El encuentro, al que asistieron alrededor de 1.500 profesionales, prestó especial atención a la humanización del sistema sanitario y la aportación de los servicios de farmacia hospitalaria en esta área.

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) celebró su 62º congreso anual el pasado octubre bajo el lema 'Retos, redes y resultados', "muy alineado con el lema de la SEFH 2015-2019 'Juntos, llegamos más lejos' porque trabajar en red (juntos) nos permite llegar al gran reto de los mejores resultados en salud (más lejos)", señaló Miguel Ángel Calleja, presidente de esta sociedad científica durante la inauguración del encuentro, en la que participó el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero.

El titular de la sanidad madrileña subrayó que su departamento trabaja en la actualidad centrado en potenciar "el rol del farmacéutico en el desarrollo de su labor asistencial". Un total de 70 farmacéuticos del Servicio Madrileño de Salud están integrados en diferentes proyectos multidisciplinares relacionados con medicamentos peligrosos, innovación o antibióticos, entre otras cuestiones, en colaboración con la Subdirección general de Farmacia.

Calleja destacó la importancia del 62º congreso, "una cita que permite compartir las innovaciones terapéuticas y de organización más importantes en la profesión. Su organización, por itinerarios, permite que cada congresista tenga su propio congreso, adaptado a las necesidades formativas de cada uno y de cada servicio de farmacia". El presidente de la SEFH puso de manifiesto el objetivo que se ha marcado su sociedad, poner la innovación al



2

1

El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, sigue el discurso del presidente de la SEFH, Miguel Ángel Calleja, durante la inauguración del congreso.

2

Enrique Ruiz Escudero.

3

Luis Amaro, secretario general del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.



3



servicio del paciente. El presidente del Comité Científico, Ismael Escobar, definió el programa del congreso como “actual, dinámico y que planteará escenarios de presente y futuro para la profesión del farmacéutico especialista con vocación clínica y asistencial”.

Durante los cuatro días de congreso –del 18 al 21 de octubre–, más de 1.500 profesionales recorrieron las salas del Palacio Municipal de Congresos de Madrid. Durante días se celebraron diferentes sesiones plenarios, mesas de debate y 32 talleres, con una vocación formativa completa y con valor curricular.

Además del consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, también participaron en el acto inaugural el secretario general del Consejo General de Colegios Oficiales de farmacéuticos, Luis Amaro, así como Eva Negro, presidenta del Comité Organizador; Ismael Escobar, presidente del Comité Científico, y Miguel Ángel Calleja, presidente de la SEFH.

4

Ismael Escobar, presidente del Comité Científico del Congreso de la SEFH; César Pascual, director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria; Miguel Ángel Calleja; Eva Negro, presidenta del Comité Organizador del Congreso de la SEFH; Luis González, presidente del COF de Madrid; Luis Amaro; Irene Iglesias Peinado, decana de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, y María del Carmen Lozano Estevan, decana de Farmacia de la Universidad Alfonso X el Sabio.

El programa científico se dividió en cuatro itinerarios: liderazgo, planificación e innovación; formación, gestión del talento y desarrollo profesional; humanización de la atención farmacéutica, nuevos tratamientos de la atención farmacéutica, y nuevos retos en farmacoterapia.

La presidenta del comité organizador destacó que la red de colaboradores ha hecho única la organización de este congreso. “Los clásicos comités organizador y científico han sido líderes de grupos de colaboradores, que han desarrollado las actividades y contenidos del programa en coordinación con los grupos de trabajo SEFH. El equipo de comunicación, integrado por jóvenes especialistas, ha sido clave para conseguir que este sea un congreso de todos y para todos. Su lema ‘Yo también soy 62.0’ ha calado entre los compañeros de todos los Servicios de Farmacia”, subrayó durante la inauguración.

ANÁLISIS DE DATOS

El uso de las nuevas tecnologías para el análisis de resultados es una de las prioridades de la farmacia hospitalaria. Tres iniciativas encaminadas a este fin destacaron durante el congreso: Simon del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.



Este primer obstáculo podría quedar resuelto en el proyecto del Clínic. “Las ontologías son una manera adecuada de representar conocimiento de un determinado dominio dado que permiten la interoperabilidad semántica”, manifestó Elena Calvo, del Servicio de Farmacia de este hospital barcelonés.

Calvo explicó que estas ontologías parten con diferencias significativas en comparación con las bases de datos. “Evitan duplicidades y permiten el razonamiento automático”, señaló. Además, mientras las bases de datos requieren del procesamiento humano, “esto no ocurre con las ontologías”, añadió.

El proyecto ha llamado la atención del Ministerio de Sanidad y de la SEFH. De hecho, podría implantarse en todo el Sistema Nacional de Salud. “Es un proyecto de futuro para todos los miembros de la SEFH”, explicó la farmacéutica, quien incidió en que la sociedad científica supone “el marco ideal para compartir información y generar una base de conocimientos única, actualizada y que sea útil para todos”.

5
Miguel Ángel Calleja.

6
Eva Negro.

7
Ismael Escobar.

8
Eva Negro, Miguel Ángel Calleja e Ismael Escobar durante la rueda de prensa para inaugurar el 62 Congreso de la SEFH..

ña, el registro de pacientes en el Servicio de Farmacia de la Fundación Onkológikoa de Guipúzcoa y el proyecto Ontofarma del Hospital Clínic de Barcelona. Todos se han topado con un primer reto, la interoperabilidad de los datos. La consecución de este objetivo permitiría el acceso en cualquier hospital de todo el territorio nacional.



9
Ruiz Escudero, Calleja y Eva Negro
conversan durante la inauguración.

10
Gerardo Cajaraville Ordoñana,
Servicio de Farmacia. Fundación
Onkologikoa. Guipúzcoa, y Elena
Calvo Cidoncha, del Servicio de
Farmacia. Hospital Clínic.



11
Gerardo Cajaraville.

12
Luís Margusino Framiñán, del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

13
Elena Calvo y María Antonia Mangues Bafalluy. Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.



13

La información obtenida de proyectos como Simon, basados en el business intelligence, podrían incorporarse también a las ontologías. “El business intelligence nos permite predecir resultados sobre tratamientos”, subrayó Luis Margusino, del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

El paciente es otro de los elementos clave en el análisis de resultados. Gerardo Cajaraville, del Servicio de Farmacia de la Fundación Onkologikoa, insistió en que su departamento trabaje en la incorporación de los Patient Reported Outcomes (PRO). Cajaraville defendió que su medición ofrece “un beneficio clínico”, ya que se mide todo el proceso y no solo el resultado.

MEDICAMENTOS PELIGROSOS

Los medicamentos peligrosos son hoy otro de los retos de la farmacia hospitalaria. En los últimos años se han intensificado los esfuerzos con el objetivo de garantizar la seguridad de los trabajadores que se exponen

a ellos, a través de distintas iniciativas.

“Tenemos que formarnos y adaptarnos”, afirmaba Olga Delgado, jefa del servicio de farmacia del hospital Son Espases en Palma de Mallorca, quien presentó dos iniciativas españolas de recomendaciones ante la preparación y administración de estos medicamentos.

El Instituto Nacional para la Seguridad y la Higiene en el Trabajo y la SEFH lideran un plan, cuyo fin consiste en pasar todos los medicamentos a una base de datos en la que aparecerán por nombre comercial y principio activo. Esta base estará disponible en breve porque ya está terminada y se irá actualizando de forma periódica, avanzaba Delgado.

En segundo lugar, se encuentra el Observatorio Nacional de Prácticas Seguras, que parte con el objetivo de elaborar informes de la situación del manejo de estos fármacos a nivel nacional, regional o de cada hospital.

“A veces nos vienen monstruos que parecen amenazas y tenemos que gestionarlas para que surjan oportunidades”, expresó José Luis Poveda en referencia a los medicamentos peligrosos. El responsable del servicio de Farmacia del Hospital La Fe de Valencia subrayó que “existe un gran paraguas de procedimientos” que permiten una autoevaluación que hay que “aplicar en los hospitales y en la práctica”. Para ello, Poveda apostó por adaptar los sistemas informáticos, actualizar los sistemas de preparación o cambiar procedimientos. A su vez, presentó un estudio, realizado en 10 hospitales, en el que se ponía de manifiesto que el suelo frente a la cabina de preparación y los niveles del aire eran los principales puntos negros de contaminación.



APUESTA POR LOS BIOSIMILARES

En una mesa diferente del Congreso, titulada ‘Medicamentos, precios y derecho a la salud’, varios expertos defendieron el papel de los biosimilares como elemento de ahorro. “El potencial ahorro de los biosimilares es brutal. El Gobierno tiene que hacer una estrategia para estos medicamentos”, señaló Jaime Espín, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

La subdirectora general de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de Madrid, María José Calvo Alcántara, defendió que la apuesta de su región por estos medicamentos es clara. “Los pacientes nuevos entran con biosimilares y al resto intentamos cambiarlos en la medida de los posible”, señaló.

UNA FARMACIA IMPLICADA EN LA HUMANIZACIÓN

Una de las patas del congreso era la humanización de la atención farmacéutica. La farmacia hospitalaria también quiere incorporarse a este proceso y ya se han puesto diferentes iniciativas en marcha en todo el país. Ana Álvarez, del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Ramón y Cajal, explicó la transformación en la que trabaja este centro hospitalario para humanizar la asistencia. “Falta todo por hacer. La humanización como tal está empezando. En los servicios de farmacia se ha hecho poco. Para el congreso nos ha costado encontrar experiencias en los que esté implicada la farmacia. En cuanto a los sistemas sanitarios está siendo desigual”.

“El farmacéutico puede aportar en la mejora de la experiencia del



14



15



16

paciente en todo lo que tiene que ver con la administración de su tratamiento. El proyecto que hemos llevado a cabo en el Hospital Ramón y Cajal con pacientes oncológicos se trata de mejorar, como especifica la humanización, la dignidad del paciente y todo lo que viene que ver con su tratamiento a lo largo de la



18

14
José Luis Poveda Andrés. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

15
Ana María Martín de Rosales. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

16
Olga Delgado Sánchez. Servicio de Farmacia. Hospital Son Espases.



17

enfermedad. El farmacéutico es integrante de un equipo de profesionales de diferentes servicios que están atendiendo al paciente a lo largo de todo un proceso. Nosotros somos una parte de ese proceso y podemos mejorar la parte humana del tratamiento de los pacientes”, añadió la farmacéutica.



17

Klaus H. Meier. Presidente de la European Society of Oncology Pharmacy.

18

Poveda, Meier, Martín de Rosales y Delgado Sánchez.

19

Jaime Espín Balbino. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

20

Francesc Puigventos Latorre. Grupo GENESIS de la SEFH.

21

M^a José Calvo Alcántara, subdirectora General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

22

Ana Álvarez, del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

23

Jaime Espín, María José Calvo, María Dolores Vega, del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen del Rocío y F. Puigventos.



19



20



21



22



23



Artículos

ORIGINALES



Análisis del impacto presupuestario de enzalutamida en cáncer de próstata metastásico resistente a la castración no tratado previamente con quimioterapia

CARLOS RUBIO-TERRÉS, DARÍO RUBIO-RODRÍGUEZ

Health Value, Madrid

Resumen

Objetivos: Estimar el impacto que tendrá en el presupuesto del Sistema Nacional de Salud (SNS) la indicación de enzalutamida para el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) no tratado previamente con quimioterapia, como sustituto parcial de acetato de abiraterona más prednisona.

Métodos: El impacto presupuestario (€ de 2015) se calculó a partir de los pacientes prevalentes con CPRCm en España, estimándose que actualmente dichos pacientes son tratados con acetato de abiraterona más prednisona y unas tasas de sustitución de acetato de abiraterona más prednisona por enzalutamida del 40%, 55% y 70% en los tres primeros años. El coste actual del medicamento (109,03 €, precio notificado de venta del laboratorio) es el mismo con enzalutamida y acetato de abiraterona más prednisona. El uso de recursos (adquisición de enzalutamida, abiraterona, medicamentos concomitantes y monitorización de los tratamientos) se obtuvo de las recomendaciones de las fichas técnicas de ambos fármacos y de una revisión de la literatura médica. Los costes unitarios de los recursos se obtuvieron de fuentes españolas. Se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos.

Resultados: La indicación de enzalutamida en el tratamiento de pacientes sin tratamiento previo a la quimioterapia con CPRCm, en sustitución parcial de abiraterona, generaría unos ahorros durante un plazo de tres años para el SNS de 3.374.831 €, oscilando según los análisis de sensibilidad entre un mínimo de 1.408.637 € y un máximo de 4.214.228 €. Estos ahorros se deberían a los menores costes con enzalutamida debido a que no se requiere medicación concomitante ni monitorización, más allá de los cuidados habituales, en comparación con acetato de abiraterona más prednisona.

Conclusiones: Según el análisis realizado, la indicación de enzalutamida en CPRCm generaría ahorros para el SNS.

Palabras clave: CPRCm, quimioterapia, bloqueo androgénico, sustitución, enzalutamida, sostenibilidad, presupuesto.

Abstract

Objectives: Estimate the impact that the indication of enzalutamide for the treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) in chemotherapy naïve patients will have on the budget of the National Health System (NHS) as a partial replacement for abiraterone acetate plus prednisone.

Methods: The budgetary impact (€ of 2015) was calculated on the basis of prevalent patients with mCRPC in Spain, estimating that these patients are currently treated with abiraterone acetate plus prednisone and replacement rates of abiraterone acetate plus prednisone with enzalutamide of 40%, 55% and 70% in the first three years. The current drug cost (€109.03, notified price to retailer) is the same with enzalutamide and abiraterone acetate plus prednisone. The use of resources (acquisition of enzalutamide, abiraterone, concomitant medications and monitoring of the treatments) was obtained from the recommendations of the summary of product characteristics of both drugs and from a review of the medical literature. The unit costs of the resources were obtained from Spanish sources. Deterministic sensitivity analyses were conducted.

Results: The indication of enzalutamide in the treatment of chemotherapy-naïve patients with mCRPC, as partial replacement of abiraterone, would generate savings for the NHS of €3,374,831 over a 3-year timeframe, ranging according to the sensitivity analyses between a minimum of €1,408,637 and a maximum of €4,214,228. These savings would be due to the lower costs with enzalutamide due to no requirement for concomitant medication and additional monitoring beyond standard of care, in comparison with abiraterone acetate plus prednisone.

Conclusions: According to the analysis undertaken, the indication of enzalutamide in mCRPC would generate savings for the NHS.

Key words: mCRPC, chemotherapy, androgen inhibition, replacement, enzalutamide, sustainability, budget.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CaP) representa, aproximadamente, el 12 por ciento de los casos de cáncer de nuevo diagnóstico en Europa¹, siendo uno de los tumores que causa mayor mortalidad en España, con 5.409 muertes en el año 2006². Según el Registro nacional de cáncer de próstata, realizado en 25 hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el año 2010, cubriendo el 21,8 por ciento de la población masculina española, se diagnosticaron 4.087 nuevos casos de CaP, estimándose una tasa de incidencia de CaP de 70,75 casos por 100.000 varones (IC95 por ciento 68,71-73,17)³.

Las guías europeas recomiendan el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) mediante la terapia hormonal^{4,5}. La abiraterona (un inhibidor de la síntesis de andrógenos) era, antes de la introducción de enzalutamida (un inhibidor de la señalización de los receptores androgénicos) el tratamiento de elección del CPRCm^{4,6-11} por lo que se estima que con este fármaco se trata actualmente a la mayoría de los pacientes con CPRCm en fase de prequimioterapia.

El ensayo clínico COU-AA-302 comparó abiraterona más prednisola con prednisona solamente en pacientes con CPRCm no tratado previamente. Fue un estudio a doble ciego, controlado con placebo, aleatorizado en una proporción 1:1, para recibir abiraterona acetato oral (1.000 mg una vez al día) más prednisona oral (5 mg dos veces al día) (N=546) o placebo más prednisona (N=542), para el tratamiento del CPRCm. La mediana de supervivencia libre de progresión radiográfica fue mayor con el esquema de abiraterona que con el grupo con prednisona solamente (16,5 meses vs 8,3

Autor para correspondencia

Daño Rubio Rodríguez
Health Value
C/ Virgen de Aránzazu, 21.
28034 – Madrid.



meses; HR: 0,53, IC 95 por ciento, 0,45-0,62; $p < 0,001$). La supervivencia global fue también mejorada con el esquema de abiraterona (mediana no alcanzada en una mediana de seguimiento de 22 meses vs. 27,2 meses para prednisona solamente; HR: 0,75; IC 95 por ciento, 0,61-0,93; $p = 0,01$)¹².

El estudio PREVAIL fue un ensayo clínico de fase III, en pacientes con CPRCm no tratados previamente con quimioterapia, a doble ciego, controlado con placebo, aleatorizado en una proporción 1:1, para recibir enzalutamida oral (160 mg/día) (N=872) o placebo (una vez al día) (N=845). La tasa de supervivencia libre de progresión radiográfica a los 12 meses fue del 65 por ciento con el esquema de enzalutamida frente al 14 por ciento en los pacientes que recibieron placebo (reducción del riesgo del 81 por ciento; HR: 0,19; IC 95 por ciento, 0,15-0,23; $P < 0,001$). En la fecha de corte, habían sobrevivido el 72 por ciento de los pacientes tratados con Enzalutamida y el 63 por ciento de los que recibieron placebo (reducción del riesgo del 29 por ciento; HR: 0,71; IC 95 por ciento, 0,60-0,84; $P < 0,001$)¹³.

Abiraterona y enzalutamida son fármacos indicados en el CPRCm en hombres adultos que sean asintomáticos o levemente sintomáticos tras el fracaso del tratamiento de privación de andrógenos en los cuales la quimioterapia no está aún clínicamente indicada⁷¹⁴.

El objetivo del presente trabajo es estimar el impacto que tendrá en el presupuesto del SNS la indicación de enzalutamida para el tratamiento del CPRCm no tratado previamente con quimioterapia, como sustituto parcial de abiraterona.

MÉTODOS

En el análisis del impacto presupuestario de la indicación de enzalutamida para el tratamiento del CPRCm no tratado previamente con quimioterapia, se analizó en primer lugar un caso base con los valores promedio o más plausibles de las variables consideradas y, en segundo lugar, se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos (modificando en cada

análisis una de las variables) para evaluar el impacto sobre el resultado de los valores extremos de dichas variables.

Población

Se estimó, de acuerdo con estudios de mercado, que en España hay unos 2.500 pacientes prevalentes con CPRCm en tratamiento con abiraterona. Esta estimación del caso base es similar a la calculada por el Grupo Génesis de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria⁶ (Tabla 1).

No obstante, se hizo un análisis de sensibilidad considerando un menor número de casos prevalentes con CPRCm (N= 1.048). Estos se calcularon mediante una cascada poblacional utilizando datos poblacionales y epidemiológicos. Partiendo de una población adulta en España de 22.434.692 habitantes¹⁵ y una tasa de prevalencia del CaP del 0,0823 por ciento³ el número de casos prevalentes de CaP sería de 18.464. Teniendo en cuenta que de los pacientes con CaP se estima que el 5,7 por ciento son CPRCm^{3,816} el número de pacientes con CPRCm ascendería a 1.048 (Tabla 1).

Horizonte temporal

Los costes ligados al tratamiento con abiraterona y enzalutamida se estimaron para periodos de 12 meses. El horizonte temporal del análisis (periodo de tiempo para el cual se analizó el impacto presupuestario) fue de 3 años.

Tasas de sustitución

Se estima que la abiraterona es actualmente el tratamiento de elección del CPRCm en pacientes no tratados antes con quimioterapia^{4,6-10}.

En el caso base del análisis, se estimaron unas tasas de sustitución de abiraterona por enzalutamida del 40 por ciento, 55 por ciento y 70 por ciento en los tres primeros años. Debido a la incertidumbre de esta estimación, se realizaron dos análisis de sensibilidad considerando tasas de sustitución del 30 por ciento, 41 por ciento y 52 por ciento y del 50 por ciento, 69 por ciento y 87 por ciento en los años 1, 2 y 3 de la nueva indicación de enzalutamida (Tabla 1).

TABLA 1

PREMISAS DEL ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA INDICACIÓN DE ENZALUTAMIDA EN CPRCM.

Premisas	Valor	Intervalo	Ref.
% de pacientes con CPRCm en tratamiento con Abiraterona	100%	-	Estimación
Pacientes prevalentes con CPRCm en tratamiento con Abiraterona	2.500	1.048-2.500	6
			7
			15
			3
			8
			16
Tasas estimadas de sustitución de abiraterona por enzalutamida	Año 1: 40%	30-50%	Estimación
	Año 2: 55%	41-69%	Estimación
	Año 3: 70%	52-87%	Estimación
Coste diario de enzalutamida y abiraterona (PVL notificado, - 7,5% deducción, + 4% IVA)	109,03 €	-	17
			18
			14
			7
PVL notificado de prednisona 10 mg (+4% IVA)	22,02 €	-	17
Coste de la consulta médica externa	143,00 €	-	20
Coste de un hemograma completo	4,29 €	-	20
Coste de la prueba de la función hepática	15,66 €	-	20
Coste de la prueba de la función renal	2,26 €	-	20
Coste de la prueba PSA	7,97 €	-	20
Monitorización del tratamiento: ¿cada cuántas semanas se realizan en el primer trimestre?	Enzalutamida	Abiraterona	
Consultas externas	6	2	14
Hemogramas	6	4	7
Test de función hepática	6	2	19
Test de función renal	6	4	19
PSA	6	4	19
Monitorización del tratamiento: ¿cada cuántas semanas se realizan posteriormente hasta finalizar el tratamiento?	Enzalutamida	Abiraterona	
Consultas externas	6	4	14
Hemogramas	6	8	7
Test de función hepática	6	4	19
Test de función renal	6	4	19
PSA	6	8	19

Abreviaturas: CPRCm: cáncer de próstata resistente a la castración metastásico; PSA: Prostate-specific antigen (antígeno prostático específico); PVL: precio de venta del laboratorio; IVA: impuesto sobre el valor añadido.

Fuente: Elaboración propia.



Uso de recursos y costes unitarios

En el presente análisis se incluyeron el coste de los medicamentos oncológicos (enzalutamida y abiraterona), el coste de los medicamentos concomitantes (prednisona, en el caso de la abiraterona) y el coste de la monitorización de los tratamientos (consultas ambulatorias, hemogramas, test de la función hepática, test de la función renal y antígeno prostático específico [PSA]).

El precio de los medicamentos oncológicos y del medicamento concomitante (prednisona) se obtuvieron de la base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos¹⁷. Se aplicó el 4 por ciento del IVA y la deducción obligatoria del 7,5 por ciento en los medicamentos oncológicos¹⁸. Las dosis de los fármacos se obtuvieron de las recomendadas en sus correspondientes fichas técnicas⁷¹⁴ (Tabla 1).

El uso de recursos para la monitorización de los tratamientos oncológicos se obtuvieron a partir de las recomendaciones de las fichas técnicas de enzalutamida y abiraterona⁷¹⁴, del informe de evaluación de abiraterona realizado para el NICE por Connock et al.¹⁹ y asumiendo que el uso de recursos para la monitorización es equiparable en prequimioterapia y postquimioterapia (Tabla 1).

Los costes unitarios de los recursos empleados en la monitorización de los tratamientos se obtuvo de los precios públicos sanitarios en Cataluña²⁰ (Tabla 1).

Modelo de impacto presupuestario

El cálculo del impacto presupuestario para el SNS de la introducción de enzalutamida (Xtandi®) para el tratamiento del CPRCm, como sustituto parcial de abiraterona (Zytiga®), se realizó aplicando la fórmula siguiente:

$$\text{IPSNS} = (\text{CMA} * \text{NA} - \text{NN}) + (\text{CMN} * \text{NN}) - (\text{CMA} * \text{NA})$$

IPSNS es el impacto presupuestario para el SNS, CMA es el coste medio por paciente sin enzalutamida (solo con abiraterona), CMN es el coste medio por paciente con enzalutamida (sustituye parcialmente a abiraterona), NA es el número de pacientes con CPRCm tratados

actualmente con abiraterona antes de la quimioterapia y, finalmente, NN es el número estimado de pacientes que será tratado con enzalutamida en lugar de abiraterona.

Presentación de los resultados

En primer lugar se presenta el impacto presupuestario en el caso base. En segundo lugar, se presentan los resultados de los análisis de sensibilidad determinísticos.

RESULTADOS

Coste de los medicamentos

El coste diario actual (109,03 euros, precio notificado de venta del laboratorio) es el mismo con enzalutamida y abiraterona¹⁷. En cada paciente tratado con abiraterona se produciría un coste diario adicional de 0,04 euros, debido a que ésta se debe administrar conjuntamente con prednisona⁷.

Coste de la monitorización

De acuerdo con las recomendaciones de las fichas técnicas de enzalutamida¹⁴ y de abiraterona⁷ con esta última deberían realizarse más consultas externas (ambulatorias), hemogramas, test de la función hepática, test de la función renal y PSA que con enzalutamida (Tabla 1). Por este motivo, el coste diario de la monitorización con enzalutamida y abiraterona ascendería a 4,12 y 11,85 euros en el primer trimestre y a 4,12 y 5,97 euros posteriormente hasta finalizar el tratamiento, respectivamente (Tabla 1).

Impacto presupuestario

La indicación de enzalutamida en el tratamiento del CPRCm, como sustituto parcial de abiraterona, generaría unos ahorros para el SNS de 3.374.831 euros (Tabla 2).

Según los análisis de sensibilidad, estos ahorros para el SNS oscilarían entre un mínimo de 1.408.637 euros y un máximo de 4.214.228 euros (Tabla 3).

Estos ahorros se deberían a los menores costes con enzalutamida debidos a la medicación concomitante y a la monitorización, en comparación con abiraterona.

TABLA 2

IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA INDICACIÓN DE ENZALUTAMIDA EN CPRCM: CASO BASE.

Ítem	Impacto presupuestario
AÑO 1	
Con Enzalutamida	6.500.575 €
Sin Enzalutamida	7.719.625 €
TOTAL	-1.219.050 €
AÑO 2	
Con Enzalutamida	5.448.081 €
Sin Enzalutamida	6.396.625 €
TOTAL	-948.544 €
AÑO 3	
Con Enzalutamida	5.189.388 €
Sin Enzalutamida	6.396.625 €
TOTAL	-1.207.238 €
TOTAL	
Con Enzalutamida	17.138.044 €
Sin Enzalutamida	20.512.875 €
TOTAL	-3.374.831 €

Abreviaturas: CPRCm: cáncer de próstata resistente a la castración metastásico.

Fuente:Elaboración propia.

TABLA 3

 IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA INDICACIÓN DE ENZALUTAMIDA EN CPRCM:
ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD DETERMINÍSTICOS.

Análisis	Variación	Año 1	Año 2	Año 3	Total 3 años
Caso base		-1.219.050 €	-948.544 €	-1.207.238 €	-3.374.831 €
Pacientes con CPRCm tratados con abiraterona	Año 1: 1.048	-510.854 €	-395.913 €	-501.870 €	-1.408.637 €
	Año 2: 1.043				
	Año 3: 1.039				
Tasas de remplazo de abiraterona por enzalutamida (+25%)	Año 1: 50%	-1.523.813 €	-1.189.991 €	-1.500.424 €	-4.214.228 €
	Año 2: 69%				
	Año 3: 87%				
Tasas de remplazo de abiraterona por enzalutamida (-25%)	Año 1: 30%	-914.288 €	-707.096 €	-896.805 €	-2.518.189 €
	Año 2: 41%				
	Año 3: 52%				
Coste de la monitorización	-25%	-917.938 €	-716.427 €	-911.816 €	-2.546.180 €
	25%	-1.520.163 €	-1.180.661 €	-1.502.659 €	-4.203.483 €

Abreviaturas: CPRCm: cáncer de próstata resistente a la castración metastásico.

Fuente:Elaboración propia.



DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados del estudio, la indicación de enzalutamida en el CPRCm podría reducir los costes sanitarios del SNS en unos 3,4 millones de euros.

En la valoración de estos resultados debemos considerar sus debilidades y fortalezas. Respecto a las primeras, debe recordarse que se trata de un modelo teórico (que es, por definición, una simulación simplificada de la realidad). Se trata de un ejercicio que asumió primeramente dos premisas: (i) que actualmente la mayoría de los pacientes con CPRCm son tratados con abiraterona, una estimación teórica que puede no corresponderse con la realidad pero que resulta útil a la hora de estimar el posible impacto de la nueva indicación de enzalutamida; y (ii) que esa población española con CPRCm ascendería a 2.500 pacientes. Las dos premisas fueron, no obstante, sometidas a análisis de sensibilidad con valores extremos de los considerados en el caso base del análisis, obteniéndose resultados del mismo signo: la indicación de enzalutamida generaría ahorros al SNS. Sin embargo, las premisas del modelo con una mayor incertidumbre fueron las tasas de sustitución de abiraterona por enzalutamida. Dado que no es posible hacer previsiones fiables para estimar este futuro, igualmente se realizaron análisis de sensibilidad de extremos, manteniéndose los ahorros con enzalutamida.

El ahorro económico ligado a la indicación de enzalutamida en el tratamiento del CPRCm, se debería a los menores costes con enzalutamida debidos a la medicación concomitante y a la monitorización, en comparación con abiraterona. Estos costes se extrajeron de las recomendaciones de las fichas técnicas de ambos fármacos, pero podrían no corresponderse con el uso de recursos en la práctica clínica. No obstante, el estudio refleja el impacto de lo que debería hacerse según las recomendaciones aprobadas por nuestras autoridades sanitarias tanto españolas como europeas.

Financiación:

Estudio realizado con una ayuda a la investigación, sin restricciones, de Astellas Pharma Spain.

Conflictos de Interés:

Carlos Rubio-Terrés y Darío Rubio-Rodríguez percibieron honorarios de Astellas Pharma Spain, en relación con el presente manuscrito.

1. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2010;46:765---81.
2. Cabanes A, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2009. Disponible en URL: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancia-s-alertas/epicancerjunio2009-revisado2.pdf> (consulta: 29 de febrero de 2016).
3. Cózar JM, Miñana B, Gómez-Veiga F, Rodríguez-Antolín A, Villavicencio H, Cantalapiedra A, et al. Registro nacional de cáncer de próstata 2010 en España. *Actas Urol Esp*. 2013; 37: 12-9.
4. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason MD, et al. Guidelines on prostate cancer. European Association of Urology 2012. Disponible en URL: www.uroweb.org/gls/pdf/09%20Prostate%20Cancer_LRLV2.pdf (consulta: 25 de febrero de 2016).
5. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al.: EAU guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer. *Eur Urol*. 2011; 59:572-583.
6. Abiraterona. Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración sin quimioterapia previa. Informe GÉNESIS-SEFH. Abril de 2014. Disponible en URL: http://grupodetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Documents/GENESIS_SEFH/ABIRATERONA_CANCER%20PROSTATATA_DEF_GENESIS_SEFH_01_04_2014.doc (consulta: 25 de febrero de 2016).
7. Zytiga 250 mg comprimidos. Ficha técnica o resumen de características del producto. Abiraterona. Disponible en URL: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/11714001/FT_11714001.pdf (consulta: 25 de febrero de 2016).
8. Heidenreich A, Pfister D, Merseburger A, Bartsch G, German Working Group on Castration-Resistant Prostate Cancer (GWG-CRPC). Castration-resistant prostate cancer: where we stand in 2013 and what urologists should know. *Eur Urol*. 2013; 64: 260-5.
9. Zhou ZR, Liu SX, Zhang TS, Xia J, Li B. Abiraterone for treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15: 1313-20.
10. Fitzpatrick JM, Bellmunt J, Fizazi K, Heidenreich A, Sternberg CN, Tombal B, et al. Optimal management of metastatic castration-resistant prostate cancer: highlights from a European Expert Consensus Panel. *Eur J Cancer*. 2014; 50: 1617-27.
11. Merseburger AS, Bellmunt J, Jenkins C, Parker C, Fitzpatrick JM; European Treatment Practices Group. Perspectives on treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer. *Oncologist*. 2013; 18: 558-67.
12. Rathkopf DE, Smith MR, de Bono JS, Logothetis CJ, Shore ND, de Souza P, et al. Updated interim efficacy analysis and long-term safety of abiraterone acetate in metastatic castration-resistant prostate cancer patients without prior chemotherapy (COU-AA-302). *Eur Urol*. 2014; 66: 815-25.
13. Beer TM, Tombal B. Enzalutamide in metastatic prostate cancer before chemotherapy. *N Engl J Med*. 2014; 371: 1755-6.
14. Xtandi 40 mg cápsulas blandas. Ficha técnica o resumen de características del producto. Enzalutamida. Disponible en URL: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/113846001/FT_113846001.pdf (consulta: 25 de febrero de 2016).
15. INE. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población a corto plazo. 2012-2022. Disponible en URL: www.ine.es (consulta: 30 de septiembre de 2014).
16. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, van der Kwast T, et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer. *Eur Urol*. 2014; 65: 467-79.
17. BotPlus 2.0. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en URL: <http://www.portal-farma.com/home.nsf> (consulta: 25 de febrero de 2016).
18. Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. BOE no 126 de 24 de mayo de 2010, pág. 45070-45128.
19. Connock M, Cummins E, Shyangdan D, Hall B, Grove A, Clarke A. Abiraterone acetate for the treatment of metastatic, castrate-resistant prostate cancer following previous cytotoxic chemotherapy: A Single Technology Appraisal. Warwick Evidence, 2011. Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/ta259/resources/prostate-cancer-metastatic-castration-resistant-abiraterone-following-cytotoxic-therapy-evidence-review-group-report2> (consulta: 25 de febrero de 2016).
20. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 6323 - 26.2.2013 ORDEN SLT/30/2013, de 20 de febrero, por la que se aprueban los precios públicos del Servicio Catalán de la Salud. Disponible en URL: <http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc> [Internet]. [citado 20 de agosto de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc> (consulta: 25 de febrero de 2016).

Innovaciones en Economía de la Salud

Curso de formación en economía de la salud cuyo objetivo es proporcionar a los lectores las **innovaciones metodológicas** que se han incorporado recientemente a la evaluación económica.

Desde la **€DS** queremos acercar estos temas de una manera esquemática (fichas) y con unos objetivos claros:

- Introducir conceptos innovadores de una manera práctica.
- Hacer un resumen de cada tema incluyendo la información relevante.
- Ofrecer al lector una base de conocimiento que le permita profundizar en aquellos conceptos que considere oportunos.



