

Sanidad

elEconomista

Revista quincenal de gestión sanitaria

17 de enero de 2013 | Nº12

LOS VICIOS DE LA GESTIÓN PÚBLICA

El absentismo en la sanidad pública triplica al de la privada

Los médicos de los hospitales madrileños estuvieron de media un 15% de días de baja en 2012, frente al 5% de la privada

En portada | P3

Las razones salariales de la 'marea blanca': los médicos protestan para proteger la plaza fija Análisis | P5

La liberalización de las farmacias impulsada por Guindos, enciende al sector Profesión | P8

Los centros sanitarios privados superan ya en número a los de titularidad pública Reportaje | P6

Los 'motivos' de la marea blanca

Los colectivos médicos que se han lanzado hace semanas a la calle dicen protestar para defender la sanidad pública. Aseguran además que lo hacen en nombre de los pacientes, que verán recortados sus derechos si la gestión privada entra a dirigir sus hospitales. Sin embargo, datos como los que hoy ofrece *elEconomista Sanidad* llevan a poner en duda estas afirmaciones. Los médicos de los hospitales públicos faltan a su puesto de trabajo el triple de días que los que trabajan en los hospitales privados. Y eso, que en muchos casos son los mismos profesionales: más de un tercio de ellos trabaja en los dos sectores.

E

on estos datos, cada vez se hace más difícil apoyar los lemas de las pancartas que han enarbolado muchos profesionales sanitarios estos días. "La sanidad pública no se vende, se defiende"; "Es criminal recortar la sanidad"; o "La sanidad no es un negocio"... han sido los carteles elegidos por sindicatos médicos, que, a la vez, convocaron una huelga en toda la sanidad madrileña durante 4 semanas. Todo hace pensar que se trata de una reivindicación estrictamente laboral, para seguir manteniendo las condiciones de trabajo -en muchos casos, privilegios- que les da trabajar para una administración pública, mediante unos estatutos que le conceden el mismo régimen que al resto de funcionarios. Sin embargo, para poder apoyar el modelo de gestión privada en hospitales públicos, bajo el método de concesiones administrativas, las administraciones públicas, en este caso la Comunidad de Madrid, tiene que ser mucho más transparente en sus datos de lo que lo ha sido hasta ahora. No puede trasladar a los ciudadanos que este modelo de gestión supone un ahorro estimado de 200 millones al año y aducir, al mismo tiempo, que no puede detallar cómo se logrará exactamente esa reducción de presupuesto. Las cuentas deben estar claras desde el principio. Y ni el consejero madrileño de sanidad, Fernández-Lasquetty, ni el presidente de la Comunidad, Ignacio González han explicado aún número por número por qué optan por este modelo de concesiones. El día que lo hagan, y las cifras sean claras y evidentes, tendrán el apoyo de la opinión pública. La misma que ahora asiste con escepticismo a este enfrentamiento.



GETTY

Sanidad
elEconomista

Edita: Editorial Ecoprensa S.A.

Presidente de Ecoprensa:

Alfonso de Salas

Director Gerente: Julio Gutiérrez

Director Comercial: Juan

Ramón Rodríguez

Relaciones Institucionales:

Pilar Rodríguez

Jefe de Publicidad:

Sergio de María

Director de elEconomista:

Amador G. Ayora

Director de 'EcoSanidad':

Alberto Vigarío

Diseño: Pedro Vicente y

Elena Herrera

Infografía: Nerea Bilbao

Redacción: Rodrigo Gutiérrez y

Juan Marqués

3 Portada

El absentismo en la sanidad pública triplica al de la privada

5 Análisis

Las razones salariales de las protestas de la 'marea blanca'

6 Reportaje

Los centros sanitarios privados ya superan a los de gestión pública

10 Política

La Junta de Andalucía subastará la compra de medicamentos

18 Entrevista

José Miguel Fernández, director del centro de I+D de Celgene en España

20 Emprendedor

Dr. Enrique Samper, presidente y fundador de NIM Genetics

Bajas en la pública: tres veces más

Casi un tercio de los cerca de 16.000 médicos en plantilla en el Servicio Madrileño de Salud estuvo al menos una vez de baja durante el año pasado. La entrada de la gestión privada en los hospitales públicos quiere acabar con estas cifras de absentismo.

JUAN MARQUÉS / ALBERTO VIGARIO

Casi un tercio de los cerca de 16.000 médicos en plantilla en el Servicio Madrileño de Salud estuvo al menos una vez de baja durante el año pasado. Hasta noviembre, la sanidad pública regional registró 5.138 procesos de baja por contingencias comunes, esto es, enfermedad común y accidente no laboral, que supusieron la pérdida de más de 111.000 jornadas laborales.

Los datos no incluyen las bajas maternales, ni las injustificadas, como tampoco los días de huelga realizados, pero ponen de manifiesto la baja productividad del personal

médico si se compara con sus homólogos de la sanidad privada. El índice de bajas laborales de la sanidad pública madrileña triplica al registrado en la privada, situado entre el 3 y el 5

**21 días
de baja de media**

Los médicos madrileños estuvieron una media de 21,75 días de baja al año

por ciento, según el Instituto para el Desarrollo de Integración de la Sanidad.

Ambos índices sanitarios superan con creces los registrados por el Instituto Nacional de Estadística en el tercer trimestre del año pasado. El 1,75 por ciento de los empleados públicos en España no acudió a su trabajo por estar de baja por enfermedad, accidente o incapacidad, frente al 1,76 por ciento del sector privado.

En total, los médicos de atención primaria, Summa 112, nuevos hospitales, grandes hospitales y unidad central de radiodiagnóstico perdieron 111.786 jornadas laborales



GETTY

durante 2012. La media de días de baja por proceso fue elevada al situarse en 21,75 días. Se trata de días de baja, de las altas ya acumuladas, es decir, los profesionales que siguen en estos momentos de baja no están aún contabilizados.

Las cifras de la Consejería de Sanidad a las que ha tenido acceso este diario

■ apuntan que un 4,2 por ciento de los médicos, entre facultativos especialistas de área, médicos de atención primaria, médicos de cupo y médicos residentes, sumaron más de un proceso de incapacidad temporal en lo que va de año. Todas estas bajas implican un incremento del gasto público para contratar a profesionales interinos. La Consejería de Sanidad no ha querido valorar su impacto económico global en el sistema.

Al elevado número de bajas laborales hay que sumar el impacto que está teniendo y que tendrá en el futuro el conflicto sanitario que arrastra la Comunidad de Madrid desde noviembre. Durante los 17 días de huelga médica, la productividad ha caído en picado al suspenderse 6.471 intervenciones quirúrgicas y casi 50.000 consultas, según el cálculo de la Consejería de Sanidad.

La Comunidad de Madrid también intenta acabar con el sistema de horas *extra* en su

reforma. La Consejería no puede -se lo impide el estatuto de los médicos- dividir los turnos para que una parte de los médicos trabajen por la mañana y otros por la tarde. Para solucionar el conflicto de las horas *extra*, la Comunidad de Madrid sí ha decidido optar por otra solución. Abrir un turno de tarde, a media jornada, y contratar a médicos interinos para realizar esta labor.

Según el Gobierno de Madrid, la contratación de médicos para trabajar en los hospitales en el turno de tarde, a partir de las 15 horas, ahorrará 20 millones de euros en horas extraordinarias o peonadas.

La actividad vespertina es tres veces más cara que el trabajo en jornada ordinaria y el régimen de jornada extraordinaria supone a las arcas regionales el desembolso de 35 millones al año. "No conseguirá ahorrar dinero, porque contratar a gente para este turno de tarde también es caro, pero al menos puede solucionar el problema de las listas de espera, que es lo que se intenta hacer por las tardes", aseguran algunos profesionales a *elEconomista Sanidad*.

Turno de tarde

La Comunidad pretende hacer dos turnos y tendrá que contratar a interinos



GETTY

SÓLO EN MADRID

111.000 jornadas perdidas

La sanidad pública madrileña registró 5.138 procesos de baja por contingencias comunes: enfermedad común y accidente no laboral, que supusieron la pérdida de más de 111.000 jornadas laborales.

SIN CONTAR LOS QUE SIGUEN

21 días de baja de media

La media de días de baja por proceso fue elevada al situarse en 21,75 días. Se trata de días de baja de las altas ya acumuladas, es decir, sin contar los profesionales que siguen sin trabajar.

SIN CUANTIFICAR

Sin contar las injustificadas

Estos datos no incluyen las bajas maternales, ni las injustificadas, como tampoco los días de huelga realizados, pero ponen de manifiesto el diferente absentismo entre la pública y la privada.

Las razones salariales de la 'marea blanca': los médicos buscan salvar la plaza fija

Las protestas de los colectivos médicos en Madrid buscan proteger los complementos adquiridos como funcionarios. La plaza fija y las horas extras acabarían con la gestión privada.

ALBERTO VIGARIO

Los responsables sanitarios del ejecutivo madrileño sostienen que los principales afectados por el cambio de modelo de gestión que quiere implantar la Comunidad en seis hospitales públicos no son los pacientes, que seguirán recibiendo la misma atención, sino los profesionales sanitarios que verán modificadas totalmente sus condiciones laborales.

Los médicos y enfermeros de estos centros que tengan plaza fija en la sanidad pública, deberán pedir una excedencia de la misma para poder ser contratados de nuevo por las empresas que empiecen a gestionar estos hospitales. Los contratos que les realizarán estas compañías serán contratos laborales, como el del resto de trabajadores del sector privado, por lo que los profesionales perderán el resto de complementos adquiridos durante su etapa como funcionarios en la sanidad. A cambio, aseguran desde las empresas que ya gestionan este tipo de hospitales, los médicos entrarán en un sistema de retribuciones más abierto en el que podrán cobrar más que en la administración, según sean sus capacidades, formación, productividad y rendimiento, "como ocurre con los profesionales que trabajan en los hospitales privados actualmente, que en muchos casos tienen un salario superior al de los

hospitales públicos", aseguran de estas empresas.

Otro caballo de batalla en las protestas que mantienen los médicos de Madrid estas semanas es su temor a perder el pago de las horas extra. Las *peonadas* de por la tarde, como se les llama en el sector. Se trata de un sistema por el que muchos profesionales consiguen aumentar su sueldo -uno de los más bajos de Europa- y adecuarlo a lo que consideran mínimamente digno para su formación como médicos especialistas. Sin embargo, el funcionamiento de las horas extra en los hospitales en un sistema que ha "viciado" en la sanidad pública española, comentan muchos profesionales sanitarios. "Al final es un coto privado que se reparten los jefes de servicio y del que sólo se benefician los más fieles", afirman. *Peonadas*, tres veces más caro.



EFE

Si tienen plaza deberán pedir la excedencia

Los profesionales sanitarios que tengan plaza fija en la sanidad pública y quieran trabajar en los seis hospitales públicos de la Comunidad de Madrid que pasarán a gestión privada, deberán pedir una excedencia en su plaza, para poder ser empleados en estos hospitales con un contrato laboral y con las mismas condiciones que el resto de trabajadores del hospital.



EE

El ejemplo del Hospital de Torrejón

Un claro ejemplo de la nueva relación laboral de los médicos ya ocurre en el Hospital de Torrejón, en Madrid. Abierto en septiembre de 2011 y de gestión asistencial privada, trabajan 117 médicos y 190 enfermeras del sistema sanitario madrileño, que solicitaron una excedencia de un centro de gestión pública para incorporarse al nuevo centro.

Los hospitales privados superan ya a los públicos

6 Sanidad
17 ENERO 2013

El sector hospitalario privado cuenta con 477 centros en todas las comunidades autónomas, lo que representa ya el 51 por ciento del total de los centros hospitalarios existentes en nuestro país.

MARIA DIESTRO

El sector sanitario privado ha experimentado un importante crecimiento en el número de centros en los últimos años, tanto que ya ha superado a la red de centros sanitarios públicos. Actualmente, hasta 477 hospitales en España pertenecen al sector privado, lo que representa el 51 por ciento del total de los centros hospitalarios existentes en nuestro país.

En relación al número de camas, los hospitales privados ofrecen una dotación de 53.530 camas, lo que supone un 33 por ciento del total de camas existentes en España. Además, el sector cuenta con otros 2.100 centros médicos ambulatorios.

Dentro del mercado hospitalario privado se diferencian tres grandes tipos de centros: los grupos hospitalarios dedicados a la gestión de hospitales (el 26 por ciento del total), los hospitales pertenecientes a aseguradoras sanitarias (el 5,3) y los hospitales y clínicas independientes, que son la mayoría, el 68,3 por ciento.

Entre los primeros, destaca la Orden de San Juan de Dios, con 27 hospitales, seguido de las Hermanas Hospitalarias con 16, y Capiro y USP Hospitales, con ocho hospitales cada uno. Hospiten y Recoletas (8), Nisa y Quirón (7), Cruz Roja (6) y HM Hospitales (5), completan la lista de mayores grupos hospitalarios privados.

Por su parte, cinco compañías aseguradoras cuentan con red hospitalaria propia, ▶

Víctor Madera
Capiro Sanidad



El primer grupo por facturación

- **Hospitales:** 28 centros sanitarios
- **Presencia:** Presente en 4 comunidades autónomas
- **Facturación 2011:** 673 millones de euros
- **Empleados:** 7.500

María Cerdón Muro
Grupo Quirón-USP



El que más pacientes trata

- **Hospitales:** 12 hospitales y 23 centros
- **Presencia:** Presente en 11 comunidades
- **Facturación 2011:** 320 mill (USP). 295 (Quirón)
- **Empleados:** 2.850

Alberto de Rosa
Ribera Salud



El primero en las concesiones

- **Hospitales:** 6 hospitales y 100 centros de salud
- **Presencia:** Presente en 2 comunidades autónomas
- **Facturación 2011:** 385 millones
- **Empleados:** 2.600

Pedro Luis Cobiella
Grupo Hospiten



Última compra: MD Anderson

- **Hospitales:** 12 hospitales
- **Presencia:** Está presente en 4 países
- **Facturación 2011:** 225 millones
- **Empleados:** 3.000

Juan Abarca
HM Hospitales



Fuerte presencia en Madrid

- **Hospitales:** 5 hospitales y 2 centros integrales
- **Presencia:** Sólo en la Comunidad de Madrid
- **Facturación 2011:** 185 millones
- **Empleados:** 4.000

Iñaki Peralta
Sanitas Hospitales



Adquiere centros de Ribera Salud

- **Hospitales:** 3 hospitales y 70 centros médicos
- **Presencia:** Madrid, Barcelona y Valencia
- **Facturación 2011:** 205 millones
- **Empleados:** 1.800

Entre las que sobresale Asisa con 13 hospitales, Aliança (6), Caser (3), Sanitas (2) e IMQ (2) y registraron en 2009 más de 1,3 millones de altas, lo que representa el 25 por ciento del total.

253.000
profesionales

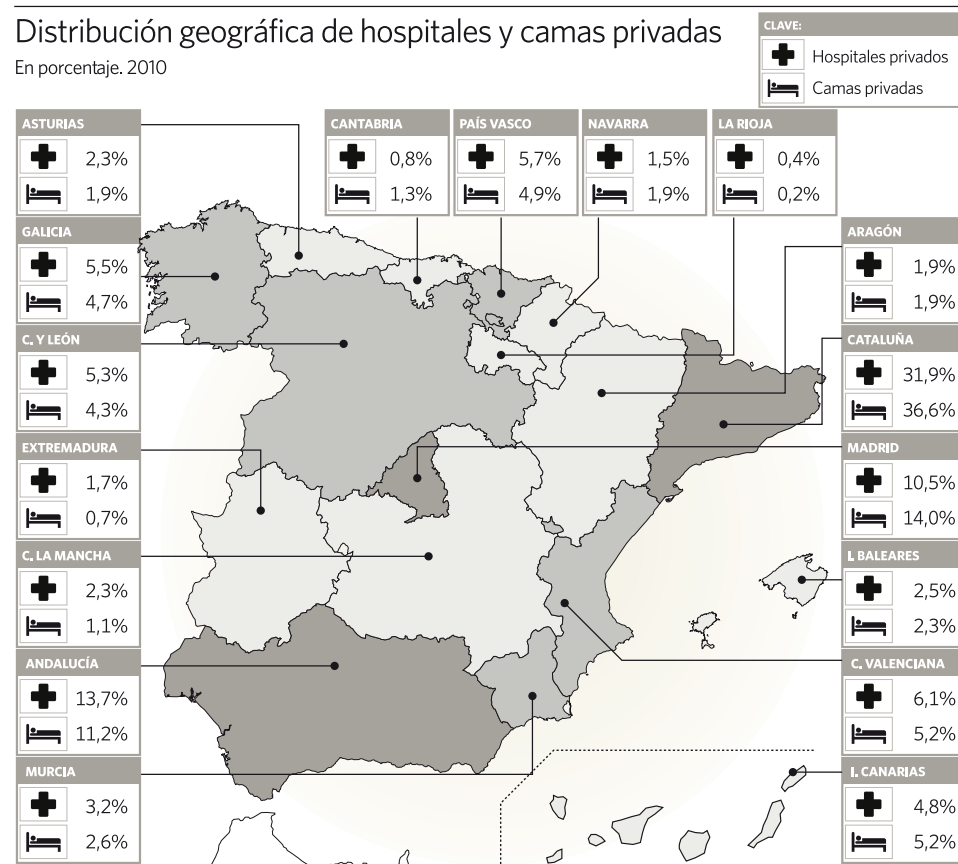
Trabajan ya en el sector sanitario privado, de los que el 22% son médicos

Además, en los hospitales privados se atendieron en 2011 más de 5,6 millones de urgencias y realizaron un 32 por ciento de la actividad quirúrgica total. Estos centros también desarrollan actividades de alta complejidad que requieren de avances tecnológicos. La generación de

empleo entre los profesionales sanitarios y la formación e investigación en estos centros es otro atractivo del sector. Actualmente, el sector sanitario privado emplea a casi 253.000 profesionales, de los que el 22 por ciento de los mismos son médicos.

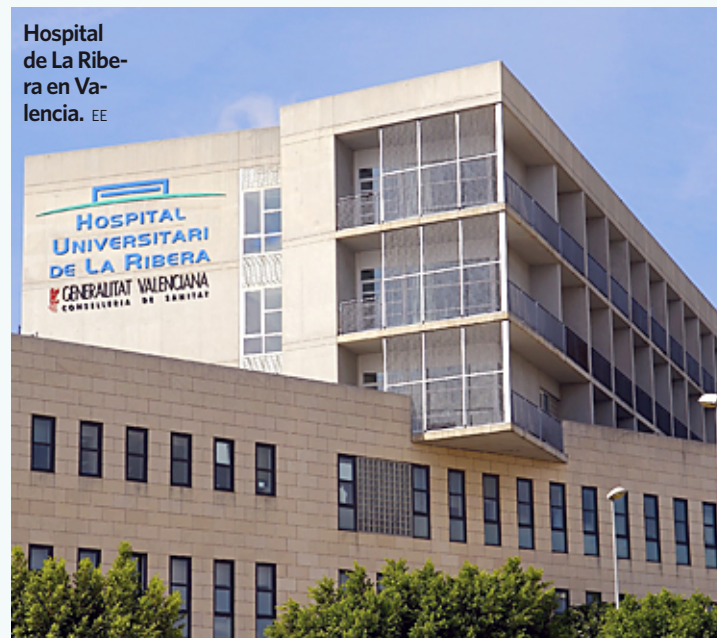
Distribución geográfica de hospitales y camas privadas

En porcentaje. 2010



Fuente: Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.

elEconomista



Las compañías españolas 'exportan' este modelo a Latinoamérica

El modelo de concesión de hospitales públicos, tanto para su construcción como para la posterior gestión privada de los centros, ha llegado también a Latinoamérica de mano de las empresas españolas. La primera en exportar el modelo ha sido la compañía valenciana Ribera Salud, que participa en el proyecto de construcción del primer hospital de estas características en Perú. En concreto, se trata del nuevo Hospital de la ciudad de Callao, proyectado con el Consorcio Callao Salud SAC.

6

En Andalucía, el grupo Pascual cuenta con 6 hospitales concertados con la sanidad pública

32

Hospitales en Cataluña de gestión privada están integrados en la red pública de la Generalitat

Jaque de Guindos a los colegios profesionales

8 Sanidad
17 ENERO 2013

El borrador de Ley de Servicios Profesionales, elaborado por el Ministerio de Economía, establece un régimen de incompatibilidades que obligaría a muchos presidentes colegiales a renunciar a sus puestos y remuneraciones.

JUAN MARQUÉS

La futura Ley de Servicios Profesionales que prepara el Ministerio de Economía y Competitividad supone un respiro para los colegios sanitarios al establecer la colegiación obligatoria para todos los profesionales que tienen “contacto directo con el usuario” y también *pisa* algunos callos. El más doloroso es el de las farmacias. El documento de trabajo, filtrado a finales de diciembre, propone la apertura de la propiedad de las farmacias, reservada en exclusiva hasta ahora a los farmacéuticos, junto con la titularidad de estos establecimientos. Este cambio supondría un verdadero maremoto en

el modelo español, ya que obligaría al cierre de las farmacias menos rentables, según han denunciado los colegios farmacéuticos y las patronales del sector.

Pero el borrador conocido también recoge otras novedades que revolucionarán las estructuras de los colegios profesionales sanitarios. Entre otras medidas, el anteproyecto se plantea la incompatibilidad de cargos colegiales con cargos políticos o de otra índole.

El presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, aplaude la reforma e incluso va más lejos al pedir un régimen de incompatibilidades “más duro”. En su opinión, los directivos colegiales no deberían asumir “ningún tipo de responsabilidad política o sindical, ya que podrían defender intereses que pueden chocar con los de los ciudadanos”, asegura.

Farmacias liberalización

Economía quiere que el
dueño de la botica no
tenga que ser el titular



◀ Este condicionante obligaría a muchos cargos colegiales a renunciar a sus actuales puestos y remuneraciones en sindicatos o en los consejos de administración de mutuas o empresas privadas. Quince de los 52 presidentes de colegios provinciales de médicos incurrirían en algún tipo de incompatibilidad si la futura ley sale en los términos avanzados por Economía, según un recuento realizado por *Diario Médico*, que tan sólo se centra en los presidentes de las corporaciones.

Entre los médicos, dos casos llaman la atención. Son los presidentes colegiales de León y Badajoz, José Luis Díaz Villarig y Pedro Hidalgo, respectivamente. El primero compagina la presidencia colegial con la del consejo autonómico y la del sindicato médico en la región, mientras que el segundo suma la vicepresidencia del sindicato CESM en Extremadura y un puesto como consejero de la mutua sanitaria AMA.

Para el presidente de los enfermeros españoles “no se puede presidir un colegio y ser directivo o liberado sindical al mismo tiempo”. Tiene más dudas a la hora de extender el régimen de incompatibilidades a militantes de partidos políticos. Dejando claro que nunca ha militado en un partido, afirma que “no sé si condiciona y si una ley puede prohibirlo”. Otro de los cambios de gran calado es el voto ponderado de los colegios en los consejos generales de colegios, en función del número de colegiados. Ahora mismo, vale lo mismo el voto del colegio de una de las ciudades autónomas que el de la provincia más

poblada, a la hora de tomar decisiones en Asamblea.

El texto de la reforma establece, además, como regla general que el colegio sea autonómico y, excepcionalmente, de ámbito provincial. Este último cambio eliminaría la mayoría de los 52 colegios provinciales de médicos, enfermeros o farmacéuticos abiertos en España. Para el presidente del CGE todo lo que sea racionalizar costes “es

obligatorio” y estudiaría esta opción de agrupar y buscar economías de escala en el caso de una profesión de colegiación obligatoria como la enfermería, ya que el colegio más pequeño tiene adscritos más de 500 colegiados. Pero en líneas generales, la nueva ley “supone la modernización de los colegios

profesionales”, en opinión de González Jurado, que confía en que puede haber unanimidad de apoyo político en su tramitación parlamentaria. El anteproyecto establecerá así la obligación de que el profesional siga manteniendo su competencia a lo largo de su vida profesional, ya que “un título no habilita para toda la vida”, asegura uno de los grandes expertos en el devenir regulatorio de los servicios profesionales.

Incompatible para presidentes

15 de 52 puestos de presidentes de colegios médicos serían incompatibles



LIBERALIZACIÓN

Golpe jurídico a las farmacias

El presidente de Cofares, Carlos González Bosch, fue el primer líder del sector farmacéutico que calificó de “irresponsabilidad” el cambio de naturaleza jurídica de las farmacias. En su opinión, equivaldría al cierre de muchas de las boticas que integran el modelo de farmacia más extenso de Europa.



FRANQUICIAS

Acceso a las grandes cadenas

La liberalización de la propiedad de las farmacias permitiría a las grandes cadenas de farmacia abrir en zonas geográficas rentables y forzaría a cerrar a las de núcleos pequeños de población, las que operan en el medio rural y en el extrarradio de las ciudades, incapaces de competir con ellas.



PROFESIONALES

Garantía de control

La colegiación obligatoria evitará casos como las 170 enfermeras expedientadas por Portugal y contratadas en Andalucía, región donde la colegiación es libre. Los profesionales podrían además buscar empleo sin cortapisas en la mayoría de países que exigen certificado de colegiación.

¿Por qué fracasa la subasta de fármacos en Andalucía?

Andalucía no da su brazo a torcer y sigue adelante con una nueva licitación de medicamentos dispensados en la farmacia, a pesar del boicot y el recurso en ciernes del Ministerio de Sanidad.

JUAN MARQUÉS

El próximo 19 de enero finaliza el plazo que los laboratorios tienen para presentar su oferta de mejor precio a cada uno de los 939 concursos de medicamentos convocados por la Junta de Andalucía. Hasta entonces no se sabrá cuántas empresas están dispuestas a afrontar una nueva bajada de las tarifas de sus productos para situarlas por debajo del precio menor nacional, con tal de adjudicarse la dispensación en exclusiva de su marca en las farmacias andaluzas y saber si ha surtido efecto la amenaza de recurso del Ministerio de Sanidad.

Como en el primer concurso fallido, la Consejería de Sanidad ha denunciado presiones y "boicot" a la nueva subasta pública por parte del sector y también del Gobierno. Desde Aeseg, la patronal de los laboratorios genéricos, se han enviado distintas comunicaciones a

sus asociados donde se avanza las intenciones del Ejecutivo central de recurrir la nueva convocatoria pero, como recalca su director general, Ángel Luis Rodríguez de la Cuerda, "sólo se ha informado, en ningún momento se ha recomendado ninguna actuación porque las decisiones corresponden exclusivamente a las empresas", explica a *elEconomista*.

Por su parte, el departamento de Sanidad que dirige Ana Mato advirtió a los laboratorios que acudieran al concurso andaluz que bajaría el precio de los fármacos seleccionados en todo el mercado español hasta la tarifa seleccionada en la subasta. Un aviso que surtió efecto, porque de las once ofertas adjudicatarias se retiraron siete y tan sólo firmaron cuatro laboratorios de pequeño tamaño el pasado mes de febrero, quedando algunas licitaciones desiertas. Por si quedase alguna duda, el Consejo de Ministros estudiará un nuevo recurso de inconstitucionalidad contra

Concursos de medicamentos

Son un total de 939 los convocados por la Junta de Andalucía



211

son los millones que prevé ahorrar con la subasta de fármacos

330

principios activos. Sale a concurso el 43% del gasto en recetas.

15

de febrero, fecha en que la Junta quiere firmar con los adjudicatarios

7

empresas retiraron sus ofertas en primera convocatoria

3

recursos del Gobierno para frenar la medida en los tribunales

◀ la decisión andaluza que podría acompañarse de otro por la vía contencioso-administrativa. Se trataría del tercer recurso del Gobierno contra el mecanismo de subasta de medicamentos dispensados en la farmacia. Lejos de arrugarse, la nueva convocatoria impulsada por la consejera de Salud, María Jesús Montero, tras el levantamiento de las medidas cautelares por parte del Tribunal Constitucional el 17 de diciembre, es mucho más ambiciosa y flexible que la primera. La subasta incluye 330 lotes de principios activos diferentes incluidos en las agrupaciones homogéneas definidas por el Ministerio, el 43 por ciento del total del gasto en recetas de medicamentos en 2011, lo que supone un coste total superior a los 844 millones de euros. El consumo anual de los fármacos que se subastarán asciende a más de 71 millones de envases y la Consejería de Sanidad aspira a ahorrar 211 millones de euros en 2013, si bien la primera convocatoria sólo consiguió ahorros de 9 millones, frente a los 40 previstos. Si, al final, como prevén fuentes consultadas del sector, concurren pocos laboratorios, la Junta tendrá que reelaborar sus presupuestos en farmacia y buscar otras fórmulas de ahorro. Hasta ahora, las autonomías han visto un filón de ahorro en la partida de medicamentos y están apurando todas las posibilidades de recorte del gasto aunque bordeen la Constitución. La intención de la Junta es tener listo cuanto antes el listado de laboratorios seleccionados y firmar el próximo 15 de febrero los convenios con los que presenten las ofertas más ventajosas. La Consejería se aseguraría así un periodo para poner en marcha este polémico mecanismo de adjudicación de medicamentos al mejor postor, que deja fuera del mercado al resto de competidores, antes de que el Tribunal Constitucional vuelva a admitir a trámite el recurso del Estado y suspenda la convocatoria

durante cinco meses hasta que se pronuncie sobre el fondo de la cuestión.

La Junta no ha querido dejar cabos sueltos en la resolución publicada el pasado 26 de diciembre. Así establece que las empresas podrán presentar, junto a su mejor precio, documentación que acredite su capacidad para producir la cantidad requerida del medicamento licitado y su compromiso para garantizar el abastecimiento y atender la demanda de los más de 8 millones de usuarios de Andalucía. Esta capacidad de abastecimiento ha sido precisamente uno de los flancos más débiles de la propuesta

andaluza, ya que muchos laboratorios sostienen que las empresas adjudicatarias en el primer concurso no estaban en condiciones de abastecer el mercado. Ahora la Junta dará preferencia, a igualdad de precio, al laboratorio que acredite mayor capacidad de producción. Los que resulten ganadores firmarán un convenio con el SAS

de dos años de duración y se comprometerán a abastecer a las farmacias en el plazo de un mes. Además, los convenios se podrán revisar para incluir mejoras económicas. Las boticas saldrán también perdiendo porque desaparecerán los descuentos ofrecidos por las empresas, limitados por ley al 10 por ciento del importe comprado, mientras que los pacientes tendrán que conformarse con la prescripción del principio activo ganador en el concurso andaluz.

**La Consejería
aspira a ahorrar
211 millones de euros este
año, aunque sólo consiguió
9 en primera convocatoria**

MODELO DE SUBASTA

La patronal de genéricos contra la exclusividad

Ángel Luis Rodríguez de la Cuerda, director general de la patronal de genéricos Aeseg, rechaza el modelo de subasta ya que el laboratorio que fija el mejor precio "excluye al resto del mercado". La medida supone además "un agravio para el paciente" al limitar su libertad de elección y establecer diferencias entre regiones para obtener unos ahorros que "tendrán un impacto negativo en el empleo y la inversión del sector", sostiene.



José Antonio
Griñán, presi-
dente de la
Junta.
FERNANDO RUÑO

MEDICAMENTOS

Los más consumidos

El concurso abarca los medicamentos más consumidos, como antihipertensivos, antidiabéticos orales, antidepresivos, analgésicos o antiinflamatorios, entre otros.



JUNTA DE ANDALUCÍA

Quiere ahorrar 211 millones

El consumo anual de los fármacos a subasta asciende a más de 71 millones de envases y la Consejería aspira a ahorrar 211 millones de euros en 2013, junto a la 1ª convocatoria.





Madrid encadena conflictos sanitarios

Los médicos de la Comunidad de Madrid mantienen el pulso con el Gobierno regional para frenar el plan de ahorro sanitario, reforzados en la última semana con el recurso de inconstitucionalidad presentado por Mariano Rajoy contra el euro por receta de Ignacio González.

JUAN MARQUÉS

Madrid se ha instalado en el conflicto sanitario permanente. Desde el pasado mes de noviembre, los médicos no dan tregua y preparan nuevas manifestaciones, huelgas, marchas y protestas sanitarias. Por el momento, no hay signos de que cedan en su pulso con el Gobierno regional para frenar el plan de privatizar la gestión de seis hospitales públicos y 27 centros de salud, a pesar de las negociaciones abiertas.

El Ejecutivo madrileño mantiene además otro frente abierto con el Gobierno central que está debilitando su posición. El recurso presentado por Mariano Rajoy ante el Tribunal Constitucional para paralizar la aplicación del euro por receta en la Comunidad sigue su camino, como ya ha conseguido en el caso de Cataluña. La aplicación de la tasa está siendo además muy contestada desde la sociedad, ya que afecta al bolsillo de los ciudadanos. En buen número, a juzgar por los formularios distribuidos entre las farmacias y por más que la Consejería de Sanidad minimice la cifra, miles de personas se están negando a pagar el recargo por los medicamentos en la farmacia. La cifra final

Euro por receta

Tras la retirada en Cataluña, Madrid se encuentra con otro problema con Rajoy

de objetores se conocerá a final de mes.

El rechazo generalizado de las medidas no ha calado de momento en el Ejecutivo madrileño. El consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, aseguró ayer que ni pedirá la mediación de la ministra de Sanidad en el conflicto,

ni tampoco suspenderá la tasa del euro por receta "si no lo indica el Tribunal Constitucional". Esta decisión se adoptará en cuestión de semanas, como ha ocurrido con el recurso presentado contra la tasa catalana, que el Alto Tribunal ya ha admitido a trámite y suspendido de forma cautelar.

El conflicto sanitario se enquistará así y el desgaste político está siendo imparable por más que el Gobierno regional siga adelante con el plan aprobado el pasado 27 de

◀ diciembre, haciendo oídos sordos a la bronca diaria en la sanidad pública madrileña.

La Consejería de Sanidad se ha encasillado en sus posiciones y no rectificará ni la tasa del euro ni tampoco sus planes de privatización. Tras la reunión del pasado martes de la mesa sectorial de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Julián Esquerra, secretario general de Amyts -el sindicato médico mayoritario- no renuncia a la convocatoria de una nueva huelga en la sanidad, anunciada conjuntamente con el sindicato enfermero Satse. La convocatoria es "independiente" del resultado de la reunión de la Mesa Sectorial, puntualiza el doctor Esquerra, que aclara que se llevará a cabo "si no hay novedades" en los planteamientos de la Consejería y desiste de sus planes de externalización.

Fernández-Lasquetty ya ha tachado este anuncio de una "irresponsabilidad" y ha aprovechado para insistir que los paros responden a "intereses sindicales al margen de los profesionales y a costa de los ciudadanos", en referencia a la falta de unidad entre

los propios médicos al convocar las protestas a través del nuevo movimiento asambleario de la Asociación de Facultativos y Especialistas de Madrid (Afem).

Si el coste político de estas movilizaciones está todavía por ver, ya que las elecciones autonómicas se celebrarán en 2015, el coste sanitario para los ciudadanos está siendo muy alto. Los 17 días de huelga sanitaria realizados hasta la fecha entre

noviembre y diciembre se han saldado con un total de 6.471 intervenciones quirúrgicas suspendidas y casi 50.000 consultas menos de las que se habrían atendido con actividad normal, según los datos facilitados por la propia Consejería de Sanidad, en un intento de llamar a la responsabilidad profesional.

Los sindicatos avisan que es sólo el principio y que mantendrán el pulso hasta el final para frenar el plan de ahorro sanitario de 565 millones de la Comunidad.



Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Concesiones públicas

Las últimas concesiones publicadas desveladas han fortalecido las protestas



EFE

González desconocía el plan de Sanidad

El presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, aseguró ayer que no tenía conocimiento de que el Gobierno iba a presentar un recurso contra el euro por receta en Cataluña, a pesar de que el Ministerio de Sanidad pidiera un informe al Consejo de Estado, que fue aprobado el 21 de junio, y dictaminó la inconstitucionalidad de la medida. Desde el Gobierno regional se insiste que las tasas de Madrid y Cataluña "son diferentes".



N. MARTÍN

El 'caso Güemes' anima a los sindicatos

Los sindicatos sanitarios han interpretado la dimisión del exconsejero de Sanidad, Juan José Güemes, como consejero de la empresa Unilabs como un *extra*, fruto del desgaste político y social del Gobierno madrileño. Con sus protestas confían en que la Consejería de Sanidad rectifique sus planes, como ya ocurrió con las movilizaciones del Hospital La Princesa, tras el encierro de trabajadores de 20 días y más de 300.000 firmas de ciudadanos.

La industria se vuelca en el mieloma

El mercado de fármacos oncológicos no vive su mejor momento, sin embargo los laboratorios sí han apostado por investigar nuevos medicamentos en cánceres de sangre como el mieloma.


ALBERTO VIGARIO / E.E CONGRESO AMERICANO HEMATOLOGÍA

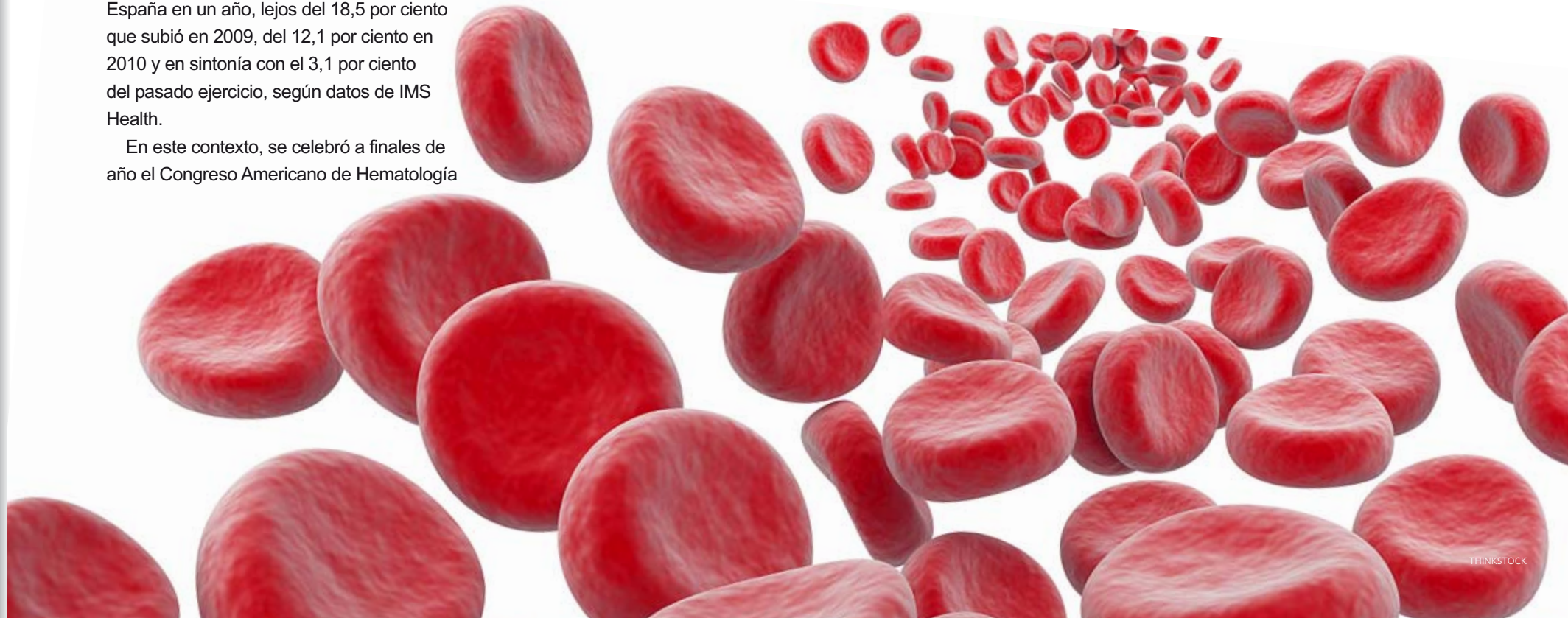
El mercado de los fármacos oncológicos, al área donde se concentran los medicamentos más innovadores y donde la industria más se centra, no pasa por sus mejores momentos. Al igual que en el mercado de medicamentos en general, este segmento ha sufrido un frenazo. Sin embargo, los laboratorios sí han mantenido su inversión en un tipo de cáncer: los tumores de las células de la sangre, como el mieloma.

Durante el pasado año, el mercado oncológico había crecido un 3,6 por ciento en España en un año, lejos del 18,5 por ciento que subió en 2009, del 12,1 por ciento en 2010 y en sintonía con el 3,1 por ciento del pasado ejercicio, según datos de IMS Health.

En este contexto, se celebró a finales de año el Congreso Americano de Hematología

(ASH), la referencia internacional en el campo de la investigación en este campo. Varios laboratorios farmacéuticos presentes en el Congreso presentaron sus últimos avances en este campo. Sobre todo, destacaron las investigaciones en un tipo de enfermedad: el mieloma múltiple (MM), un cáncer de las células plasmáticas en la médula ósea. Se caracteriza por una supresión del sistema inmunológico que causa un crecimiento descontrolado de células tumorales y, en última instancia, provocan la progresión de la enfermedad.

Hasta hace algunos años, la esperanza de vida de un paciente con mieloma múltiple era aproximadamente de entre 3 y 4 años, ahora con el desarrollo de nuevas investigaciones, el mercado mundial cuenta con la lenalidomida (Revlimid), terapia perteneciente al grupo de nuevos agentes inmunomoduladores, que brinda de 8 hasta 10 años de supervivencia. El laboratorio Celgene presentó sus últimos estudios 



Con este fármaco en el Congreso Americano de Hematología, celebrado en Atlanta. Concretamente, se presentaron los resultados de un ensayo avanzado que compara opciones terapéuticas para mieloma múltiple refractario y que concluyen que el tratamiento que combina pomalidomida, un nuevo fármaco inmunomodulador, con bajas dosis de dexametasona puede ser superior al tratamiento con sólo altas dosis de dexametasona en pacientes con enfermedad resistente y refractaria.

Esta combinación ha mostrado una significativa supervivencia libre de progresión (quince semanas frente a ocho) y ventajas en supervivencia global en los mielomas más difíciles de tratar. Estos datos avalarían un futuro tratamiento estándar para pacientes que han agotado todas las opciones disponibles.

Actualmente el mieloma múltiple se controla con combinaciones de fármacos esteroideos, como dexametasona (para reducir la inflamación y regular la respuesta

inmune) y terapias dirigidas, como el bortezomib y la lenalidomida (para inhibir el crecimiento y la reproducción del tumor). Sin embargo, muchos pacientes se vuelven resistentes a esas terapias y tienen un pronóstico fatal.

En el estudio, dirigido por el doctor Meletios Dimopoulos, jefe del Departamento de Terapéuticas Clínicas en el Hospital Alexandra de Atenas, en el

que también participan dos centros españoles (la Universidad de Salamanca y el Instituto Catalán de Oncología), se demuestra que la pomalidomida se dirige directamente a la enfermedad por diferentes vías: "No sólo anima al sistema inmunológico a atacar y destruir las células del mieloma, sino que también previene el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos e inhibe el crecimiento de las células del mieloma", según Dimopoulos.

Lenalidomida está autorizado, en combinación con dexametasona, para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido como mínimo una terapia anterior, en casi 70 países de Europa, América, Oriente Próximo y Asia, y en



combinación con dexametasona para el tratamiento de pacientes cuya enfermedad ha progresado después de una terapia en Australia y Nueva Zelanda.

Lenalidomida también está autorizado en Estados Unidos, Canadá, Suiza, Australia, Nueva Zelanda y varios países latinoamericanos, así como en Malasia e Israel, para el tratamiento de anemias dependientes de transfusiones debido a su bajo o intermedio-1 riesgo de síndromes mielodisplásicos (SMD) con anomalía citogenética por supresión del cromosoma 5q, con o sin anomalías citogenéticas adicionales.

Actualmente se están evaluando solicitudes de autorización de comercialización en otros países, según aseguraron desde el laboratorio.

Nuevos fármacos

Han conseguido aumentar la supervivencia en el mieloma de 3 a 10 años

INVESTIGACIÓN

1.000 fármacos en marcha

Los últimos datos sobre desarrollo de fármacos para el cáncer indican que se están desarrollando en torno a 900 y 1.000 fármacos oncológicos de los que, sin embargo, sólo dos de cada diez saldrán al mercado.

NÚMERO DE MEDICAMENTOS

Aumenta un 10% cada año

El número de fármacos oncológicos en investigación clínica aumenta progresivamente. Según los últimos datos, el número de nuevos medicamentos en desarrollo crece alrededor de un 10 por ciento anual.

CRECIMIENTO NACIONAL

Un 3,6% en España

Durante el pasado año, el mercado oncológico había crecido un 3,6% en España en un año, lejos del 18,5% que subió en 2009, del 12,1% en 2010 y en sintonía con el 3,1% del pasado ejercicio.

El gran reto de una incapacidad laboral

Contar con una unidad de valoración funcional adecuada es fundamental para elaborar propuestas de alta o de incapacidad. Para ello, la biomecánica se presenta como la disciplina idónea.



Dra. Sonia Vidal

Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Investigación Biomédica

Cada vez son mayores los retos a los que se enfrentan los profesionales de la medicina laboral. Uno de los más importantes en el marco sociológico actual es la identificación de pruebas de carácter objetivo que permitan la valoración del estado funcional definitivo tras una lesión acontecida en el desempeño de las actividades profesionales. En determinadas propuestas de alta o de incapacidad, el informe de una Unidad de Valoración Funcional puede llegar a resultar definitivo. Los estudios funcionales son una herramienta ampliamente usada en los procesos de determinación de los estados de incapacidad e invalidez y, por tanto, en la gestión de las prestaciones económicas de la Seguridad Social. Una parte de estas prestaciones quedan cubiertas directamente por el Instituto Nacional de Seguridad Social, cuando se derivan de una enfermedad común y otras, por las mutuas de accidentes de trabajo cuando se derivan de accidentes en el contexto laboral o enfermedades profesionales. Pero en ambos casos, independientemente de cómo se inicie el procedimiento, son los equipos EVI (Equipo de Valoración para la Incapacidad) quienes elaboran el dictamen o propuesta de resolución, ya sea reconociéndola o denegándola.

El sistema de Seguridad Social de nuestro país establece diferentes grados de incapacidad. La incapacidad temporal da derecho a una prestación económica tratando de cubrir la falta de ingresos cuando el trabajador, debido a una enfermedad o accidente, se encuentra impedido temporalmente para desempeñar su actividad profesional y necesita asistencia sanitaria. Las lesiones permanentes no invalidantes suponen una disminución de la integridad física del trabajador, recogidas en baremos específicos ya establecidos. En la incapacidad permanente, el trabajador afectado ve reducida o



■ anulada su capacidad laboral. Se identifican incapacidades permanentes parciales para la profesión habitual y permanentes totales para la profesión habitual, permitiendo dedicarse a otra distinta. La incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. En la gran invalidez, la situación del trabajador afecta, precisará la asistencia de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.

Se deduce, por tanto, la relevancia que adopta contar con adecuadas unidades de valoración funcional. Una vez llega el paciente, la valoración inicial debe ser global. Hay que tener en cuenta diversos aspectos, tales como el grado de colaboración personal, historia clínica e incluso perfil psicológico. Dado que el mayor número de accidentes laborales implican al sistema músculoesquelético, es importante estudiar el comportamiento motor al enfrentarse a una

situación determinada. Aquí irrumpe con fuerza el uso de la biomecánica dinámica para el análisis de la funcionalidad de diferentes articulaciones, comparando los resultados con la población normal. Hay pruebas para determinar la fuerza muscular, análisis de la marcha y equilibrio postural que implican a los miembros superiores, inferiores, a la columna cervical y dorso-lumbar. En el ámbito legal, la aplicabilidad de la biomecánica es amplia. Los profesionales de la medicina forense deben tener conocimientos profundos de esta disciplina. Si, por ejemplo, usted desempeña su actividad laboral como transportista y precisa asistencia sanitaria tras un accidente de tráfico con un contrario,

un médico forense será el encargado de explicar el mecanismo de producción de las lesiones. Discernir entre las lesiones que se producen por un traumatismo directo, las que son producto de daño inercial o las que se producen como consecuencia de ambos mecanismos ayudará a los tribunales de justicia a

La Seguridad Social en España
establece diferentes grados de incapacidad: temporal, permanente y gran invalidez

pronunciarse sobre el tipo de calificación penal. Los distintos criterios biomecánicos servirán también para establecer una adecuada relación de causalidad entre un mecanismo lesivo y una lesión. Se habrá de valorar también la adecuación temporal, es decir, si el tiempo transcurrido entre traumatismo y daño es aceptado médicamente para la patología en cuestión. Se establecerá también un criterio topográfico para establecer que las lesiones asientan en la misma región anatómica o comprometen la misma función afectada por el traumatismo. El criterio de intensidad relacionará la lesión con la fuerza o la magnitud del traumatismo, apropiada para producir un daño de esa naturaleza. La biomecánica toma protagonismo también en el sector de la tecnología sanitaria, destacando el campo de los implantes. Los ensayos en esta materia, además, facilitan los estudios sobre nuevos biomateriales en medicina regenerativa. Investigación e innovación se vuelven indispensables para la prevención en salud. Conviene recordar que somos biomecánicamente muy complejos. Cada uno de nosotros es una variedad diferente dentro de la propia especie humana. ¿Cuál será nuestra función? En ustedes dejo la reflexión de si será posible una valoración objetiva. Ardua tarea.

Director del centro de investigación de Celgene en España



EE

JOSÉ MIGUEL FERNÁNDEZ

ALBERTO VIGARIO

“Invertimos el doble del sector en I+D para desfavorecidos”

Dirige el primer centro de I+D del laboratorio Celgene fuera de EEUU, ubicado en Sevilla

Citre es el primer centro de investigación puntera de la compañía fuera de EEUU.

¿Por qué se instaló en España?

Citre es el primer centro propio de investigación trasnacional europeo de nuestra compañía, lo que convirtió a Celgene en la primera empresa farmacéutica en crear un centro avanzado de I+D ubicado en España. Diariamente trabajan en él casi 40 personas en la investigación en terapias avanzadas, con la meta de transformar el cáncer y otras enfermedades malignas de mal pronóstico en dolencias crónicas y manejables. El proyecto nace del firme convencimiento de Celgene que la investigación es la mejor manera para ofrecer a los pacientes mejores productos y soluciones a problemas para los que hasta ahora no tienen remedio. En 2006 la compañía comenzó su expansión en Europa y la filial española aprovechó la oportunidad que supone tener un centro que coordine la investigación de la compañía en Europa.

¿Sigue siendo una empresa española de capital privado estadounidense?

Somos una empresa española, registrada en Sevilla, pero completamente subsidiaria de nuestra matriz estadounidense y, por tanto, de capital norteamericano. Celgene es una empresa multinacional con filiales en los principales países del mundo, siendo España uno de los mercados clave en Europa. En nuestro país, contamos con más de 150 personas comprometidas para mejorar la vida de los pacientes, entre Celgene y Citre.

¿Cómo se consigue una alianza real entre los intereses de la industria farmacéutica, el sector público y los investigadores?

Mediante proyectos sólidos, viables y de futuro, que aúnen intereses y sean beneficiosos para todos, siendo Citre el mejor ejemplo. Nuestro centro de investigación trasnacional representa la primera alianza real en España entre los intereses de la industria farmacéutica, la administración y la academia, con beneficio e impacto directo en los pacientes. En tiempos como los actuales en los que escasean los recursos y es necesario optimizar los esfuerzos, este tipo de proyectos suponen oportunidades de ahorro y mejores resultados.

¿Cuál ha sido el esfuerzo inversor realizado por la compañía en este tiempo?

Si hay algo en lo que creemos firmemente es en que la única manera de salir de la crisis es a través de la investigación y el desarrollo. Esta es la mejor receta. Y nuestra principal misión es trabajar por y para los pacientes. Para ello, en el contexto adverso actual, seguimos invirtiendo el 30 por ciento de nuestra facturación global en proyectos de I+D destinados a buscar nuevas soluciones farmacológicas para los más desfavorecidos. No se nos ocurre una mejor forma de ser responsables. Esta cifra supone el doble de la media de inversión en nuestro sector.

DISFRUTE **GRATIS** DE LAS REVISTAS DIGITALES **elEconomista.es**

Semanal

EconomíaReal
elEconomista

LUNES

Todos



Semanal

Iuris&lex
elEconomista

VIERNES

Todos



Cada dos
semanas

Sanidad
elEconomista

JUEVES

1º y 3º de
cada mes



Mensual

Alimentación
elEconomista
y gran consumo

MARTES

3º de
cada mes



Mensual

Transporte
elEconomista

MIÉRCOLES

2º de
cada mes



Mensual

Energía
elEconomista

JUEVES

Último
de mes



Descárguelas en:



Disponibles en todos los
dispositivos electrónicos



elEconomista.es

Dr. Enrique SAMPER

MARÍA DIESTRO

La empresa que ha revolucionado los análisis previos en embarazos

Este biólogo fundó la compañía hace 5 años, tiene 14 científicos y factura un millón de euros al año

Presidente de NIMGenetics



ELECONOMISTA

El biólogo español Enrique Samper es el presidente y fundador de NIMGenetics, una empresa española de diagnóstico genético que ha revolucionado este sector al lanzar al mercado el primer análisis prenatal no invasivo, de reciente lanzamiento en España, que permite la detección precoz de anomalías cromosómicas, como el síndrome de Down, síndrome de Edwards y síndrome de Patau. Este kit diagnóstico permite a las embarazadas realizar a través de un simple análisis de sangre un test de análisis genético prenatal de forma rápida, eficaz, sencilla y segura. El precio del test ronda los 800 euros, puede realizarse a partir de la 12ª semana de gestación y los resultados están listos en unas 3 semanas, con una precisión total para descartar síndrome de Down. En sólo cinco años, NIMGenetics se ha posicionado a la vanguardia de su sector y que prevé un crecimiento del 200 por ciento para el bienio 2013-2014. Basa su estrategia en la inversión en

desarrollos propios, *know how* y en añadir de forma permanente talento innovador a su equipo. Cuenta con una plantilla fija de 15 expertos científicos y factura ya un millón de euros. En dos años espera duplicar la plantilla y multiplicar por cuatro la facturación. El capital pertenece en su mayoría a sus socios fundadores, investigadores que desarrollan su labor en la empresa, y a una firma de capital riesgo. Prevé la comercialización internacional de sus servicios de diagnóstico genético que iniciará su implantación en el 2013 en México. Enrique Samper es doctor en Biología Molecular (Ph.D) por la Universidad Autónoma de Madrid (departamento de Inmunología y Oncología del Centro Nacional de Biotecnología), es licenciado en Ciencias Biológicas (BSc.) por Michigan State University (USA) y es Master of Science (MSc.) por University of London en Biotecnología. Ha ganado el premio Banespyme Orange del IE, como empresa de mayor potencial de crecimiento.