

INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE FARMAINDUSTRIA, HUMBERTO ARNÉS EN EL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO



"Uno de los pilares básicos en los que se sustenta el Sistema Nacional de Salud, es el acceso de los ciudadanos a los más adecuados tratamientos que pone a su disposición el progreso científico y tecnológico. Diría más, uno de los indicadores de la calidad de los sistemas asistenciales es el acceso que los ciudadanos tienen a los nuevos medicamentos. Y ese acceso debe hacerse compatible con la sostenibilidad financiera a largo plazo de este sistema público de salud, lo cual significa, entre otras muchas cosas, la necesidad de hacer un uso eficiente de esos tratamientos.

Las dificultades económicas, y eso lo hemos percibido en los últimos años durante el periodo de crisis que ha padecido España, tienden a romper ese equilibrio entre acceso y sostenibilidad, primando este segundo concepto sobre primero. Todos hemos sido conscientes, e incluso la industria lo ha llegado a medir, como en los años de crisis en

España, el acceso de los ciudadanos, especialmente, a los nuevos tratamientos ha sido más dificultoso respecto de lo que lo era en épocas anteriores. Los ratios que miden el tiempo de aprobación de nuevos fármacos, la disponibilidad en España de medicamentos una vez han sido aprobados en Europa y el uso de los mismos que se ha hecho en las distintas comunidades autónomas han empeorado durante el periodo álgido de la crisis.

Y este último ratio, el del uso de nuevos medicamentos en el territorio español, ha sido, sin duda, el componente de mayor preocupación que ha tenido la industria en materia de acceso, habiendo revestido las barreras utilizadas un número muy variado de fórmulas: algoritmos, tarifas farmacológicas, subastas, dificultades técnicas para la prescripción; pero sin duda, la mayor amenaza de todas han sido las denominadas equivalencias terapéuticas. Pasamos de ser uno de los países de la Unión Europea con un nivel de acceso a nuevos fármacos más elevado a uno de los que más tarde los incorporaban, si bien es cierto que en los dos últimos años se ha notado una notable mejoría.

Y no debemos olvidar que la innovación farmacéutica es un factor fundamental para el aumento de la esperanza y la calidad de vida de los ciudadanos; que la innovación farmacéutica es la sabia de la que se alimenta la industria farmacéutica generadora de empleo cualificado y de un alto valor económico añadido; que la innovación farmacéutica, lejos de entenderse como un gasto, debe contemplarse como una inversión, con ratios de retorno muy elevados; que la innovación farmacéutica es una de las herramientas fundamentales de los profesionales sanitarios para el ejercicio de su actividad; que la innovación farmacéutica moviliza al sector científico más dinámico de nuestro país, como es el biomédico; en fin, que la innovación farmacéutica es un eje clave sobre el que pivota el mundo de la salud, y la soberanía de los pacientes y, por tanto, ignorar su valor, restringiendo el uso de los nuevos tratamientos sin justificación clínica es un error de carácter sanitario, pero también económico, social e industrial.

Decía antes, que los denominados equivalentes terapéuticos son tal vez la barrera más peligrosa para el acceso a los nuevos tratamientos. Quiero dejar muy claro que cuando hablo de equivalencias terapéuticas me refiero a la equiparación clínica de medicamentos que formulan principios activos diferentes sin que se hayan realizado ensayos de equivalencia terapéutica validados por la Agencia Española de Medicamentos, o por aquellas agencias internacionales que tienen competencia en la evaluación de medicamentos.

Y no nos equivoquemos, estas equivalencias tienen un propósito puramente económico: restringir o a veces incluso impedir el uso de un medicamento sustituyéndolo por otro, supuestamente equivalente desde un punto de vista clínico y por tanto intercambiable, más barato. Y repito, esto es un error de carácter sanitario, económico, social e industrial y, por tanto, tiene potenciales consecuencias negativas para los pacientes, para los profesionales, para la industria, y para conjunto de Sistema Nacional de Salud.

Sería un atrevimiento por mi parte estando en presencia de Cristina Avendaño, Pilar Garrido y Francisco Zaragoza profundizar en los errores que desde un punto de vista clínico conllevan las equivalencias terapéuticas, tal como yo las definía anteriormente. Simplemente, decir que además de la eficacia y la seguridad de un fármaco deben considerarse variables como son su farmacocinética y su farmacodinámica, y ello obliga a un indudable rigor en la equiparación por agencias validadas para ello. Que dos principios activos diferentes compartan indicación no implica que sus propiedades farmacológicas y terapéuticas sean iguales.

Así lo ha entendido nuestra legislación, puesto que la Ley de Garantías establece que en tanto no se disponga de declaraciones de la Agencia Española de Medicamentos, la equivalencia terapéutica debe quedar circunscrita a medicamentos de igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación. Recordar al respecto que hasta el presente la Agencia no ha realizado ninguna declaración de equivalencia de medicamentos que formulan principios activos diferentes.

Además de las sanitarias, las equivalencias terapéuticas pueden acarrear, como decía antes, otras consecuencias negativas para los profesionales, los pacientes y la industria. La equiparación clínica de dos medicamentos diferentes menoscaba el valor de esos medicamentos y confunde a los profesionales sanitarios y a los pacientes dado que identifica como iguales productos que son distintos. Las equivalencias pueden dar lugar a cambios y tratamientos sin conocimiento del médico, restringiendo por lo tanto la capacidad prescriptora de los profesionales, y mermando así esa necesaria relación de confianza médico-paciente; es difícil poder explicar cómo, sobre la base de esa equiparación, los pacientes pueden verse privados del acceso a medicamentos que su médico considera idóneos. Por lo que a la industria respecta, las equivalencias desincentivan la investigación y desarrollo tecnológico y por tanto ralentizan el progreso terapéutico. Pero es que además y aún teniendo en cuenta el fin último de ahorro que las equivalencias buscan, este tipo de medidas no son eficientes **¿Saben ustedes qué porcentaje de mercado absorben los nuevos medicamentos introducidos en los últimos 3 años? Pues bien, como media sólo un 3%. Por lo tanto, es mucho más racional y eficaz buscar ahorros en el otro 97% del mercado. Por último, la declaración de equivalencias terapéuticas en alguna parte del territorio español, conllevaría a la exclusión de facto de medicamentos autorizados por el Ministerio de Sanidad, quebrándose la equidad del Sistema Nacional de Salud.**

No voy a insistir más en los efectos negativos de las equivalencias terapéuticas, denunciadas por los colectivos médicos, las asociaciones de pacientes y, obviamente, la industria farmacéutica. Simplemente añadir que la industria utilizará todos los cauces legales a su alcance para denunciar este tipo de prácticas, si se producen, que entendemos son peligrosas e irregulares, defendiendo así los intereses de la industria, pero también de los profesionales y de los pacientes.

Y no quisiera terminar en un tono negativo, sino constructivo. Porque la industria del medicamento es un sector fuertemente comprometido con el país y con su sistema público de salud. Que desea firmemente colaborar con todas las administraciones en la búsqueda de soluciones que permitan compatibilizar una sostenibilidad del sistema público de salud, que tenga un nivel de cobertura y una calidad de la prestación acordes con la realidad española, con un acceso de todos los ciudadanos, independientemente de donde vivan, a los mejores tratamientos disponibles y en especial a las innovaciones, y con un desarrollo de la actividad empresarial que contribuya a una repercusión positiva de nuestra economía.



CONGRESO DE DERECHO SANITARIO: JORNADA DE CLAUSURA

SÁNCHEZ MARTOS: "PROPUGNARÉ UN CAMBIO EN LA LEY DE FUNCIÓN PÚBLICA PARA PODER NOMBRAR A UNA ENFERMERA EN UN PUESTO EN EL QUE ME OBLIGAN A NOMBRAR A UN MÉDICO"

EL CONSEJERO DE SANIDAD MADRILEÑO, JESÚS SÁNCHEZ MARTOS, FUE LA GRAN "ESTRELLA" DE LA CLAUSURA DEL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO. HABÍA TAL EXPECTACIÓN Y HUBO TANTAS PREGUNTAS, QUE SÁNCHEZ MARTOS HABLÓ CASI UNA HORA. REPRODUCIMOS A CONTINUACIÓN UNO DE SUS MEJORES TURNOS, CUANDO CONTESTÓ AL DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN SOBRE EL PLAN DE HUMANIZACIÓN.



--> **Dr. Beltrán.- ¿Podría concretar más la "trazabilidad" de su Plan de Humanización?**

--> **Jesús Sánchez Martos.-** La primera parte de esa trazabilidad es crear la Subdirección General de Humanización. Y sin embargo, es el primer problema con el que me encuentro. Desde aquí pido auxilio. Porque hay tantos expertos en Derecho, que a lo mejor a alguno se le ocurre la idea. Pero llevo, créanme, tres meses y nada. Quien me conoce sabe que nunca tiro la toalla y estoy a punto de tirarla. Yo quiero nombrar en ese puesto a una profesional enfermera o a un enfermero. Si me preguntan ustedes por qué. Por qué no puede ser médico. Sí, puede ser médico. Pero si tengo que elegir elijo un profesional de enfermería. Será porque el consejero es enfermero y médico y creo que conoce muy bien la profesión de

enfermería. Y la profesión de enfermería trabaja mucho más cerca, en la cabecera, en el domicilio del paciente. ¿Estoy con ello denostando al médico? En absoluto. Estoy potenciando al profesional de enfermería. Bueno, pues pido auxilio porque no me dejan las leyes. Y porque hay antiquísima y abandonada Ley de Función Pública, doctor Beltrán, que se hizo en un momento determinado.

Antes he hecho el guiño a que las leyes están para respetarlas. Y la voy a respetar al máximo. Pero eso no significa que necesiten críticas. Porque hay que actualizarlas. Y el mundo ha cambiado. Cuando esa ley se hizo, dijo que para ocupar ese puesto de subdirector general de Humanización, solamente podría ser médico, licenciado, arquitecto, una titulación superior. Que en aquel momento, sí es verdad, tenemos que recordar a los jóvenes, que había titulaciones inferiores, medias y superiores.

Entonces el consejero que está hablando, resulta que tiene un título primario que es el de Ayudante Técnico Sanitario, que entre paréntesis pone que soy matrona y que soy enfermera. En mi título pone que soy matrona y enfermera. No obstante, además yo cobré mi primer sueldo como matrona trabajando en un pueblo como profesional de enfermería. Y también en mi nómina, que eran 12 pesetas lo que cobraba entonces al mes. Y como matrona tenía que atender los partos. Y entonces tengo una nómina de matrona que la guardo con mucho cariño. Pero resulta que las cosas han cambiado. Y que después entré en la Universidad. Y que hoy es un Grado. Y que hoy a pesar de que alguien quiera encontrar diferencias, lo lamento muchísimo, pero son grados.

Y existen en la universidad solamente el grado, el máster y después el doctorado. Entonces grado en Enfermería y grado en Medicina, exactamente igual. Que no lo quieran reconocer es distinto. Que luego para el máster el médico no tenga que hacer horas porque tiene más horas que el grado de Enfermería. Eso es distinto. Pero el grado es el mismo.

Vengo defendiendo desde que soy consejero, que un profesional de enfermería perfectamente puede dirigir un centro de salud y ser gerente de un hospital. No sé por qué el médico sabe más de dirección que un profesional de enfermería. Serán titulaciones iguales y ésta es la primera trazabilidad que queremos poner en marcha en la Consejería. No sé si seré capaz. De momento llevo tres meses. He pedido muchos informes y me dicen que no. Y me dicen los juristas, que son siempre los que buscan, que no encuentran nada para ayudarme. Y al final la única opción que tengo es intentar proponer que se cambie la ley. Y por qué no se puede modificar la Ley de Función Pública. Y por qué no se puede actualizar. ¿Hay algún problema?



CONGRESO DE DERECHO SANITARIO: JORNADA DE CLAUSURA

SÁNCHEZ MARTOS: "ME DICEN ALGUNOS GERENTES QUE LOS FAMILIARES "NO CABEN" EN LAS URGENCIAS CON EL PACIENTE, PERO VOY A DEMOSTRAR QUE ADEMÁS DE CABER, LES AYUDAN..."

Estos son meses y serán muchos más si alguien no empieza. Pues si existen situaciones que acrediten eso, por lo menos comencemos a discutirlo. La humanización que queremos poner en marcha no solamente es para los ciudadanos. Se llama Dirección General a la Atención al Ciudadano. Antes había una Dirección General al Paciente, ahora es al Ciudadano. Porque entendemos que la Consejería de Sanidad es para todos los ciudadanos. Y queremos que los ciudadanos sigan siendo sanos. Por eso queremos fomentar la Atención Primaria. Y esa Dirección General de Humanización no solamente va dirigida a los ciudadanos, sino a los profesionales.

Queremos humanizar el trabajo con los profesionales y resaltar su valor. Unos profesionales que han sido olvidados durante mucho tiempo. Y queremos tenerlos en la memoria día a día, reconociendo y poniendo en valor el trabajo que hacen. Porque la sostenibilidad del sistema sanitario ha sido posible gracias a la entrega, vocación y abnegación de esos profesionales sanitarios. Que apenas se han movido y protestado a pesar de las restricciones que han tenido en sueldo, horarios y reconocimientos profesionales. Y esta Consejería sí quiere reconocerlos, por ejemplo con la humanización. En su momento fui criticado: ¿que los médicos y enfermeros no humanizamos? No, es que además de médicos y enfermeros hay telefonistas en el sistema. He visto las nóminas y las hay de telefonistas, de celadores, de conductores de ambulancia, de auxiliares administrativos...

Queremos estar mucho más cerca de los ciudadanos. Y sobre todo, decirles a los médicos y a los enfermeros que la muerte no sólo es el electrocardiograma plano. La muerte es un proceso lleno de vida. Y que hay tantas muertes como ciudadanos. Y que cuando a una persona se le dice que va a fallecer porque lo pregunta y porque hay una Ley 41/2002, que exige que se diga. Para esa persona la muerte comienza desde el momento en el que sabe que se han acabado las opciones terapéuticas. Y ahí tenemos la opción de la humanización para él y su familia. Pero incluso iría más lejos, cuando ya fallezca la persona, entiendo que los profesionales tenemos que atender al duelo de la familia. Esa es la profesión que yo he ejercido y que espero seguir ejerciendo cuando me vaya de este puesto. Pues como les he dicho, tengo mi "mono" de mis pacientes y de mis alumnos.

"HOY EN MADRID NO SE TARDA MÁS DE 90 MINUTOS EN INFORMAR EN LAS URGENCIAS"

Hemos puesto en marcha que cualquier persona que asista a un servicio de urgencias tiene derecho a que vaya acompañado por un ser querido. Porque queremos disminuir la angustia, la ansiedad, el miedo, la incertidumbre y la soledad. Egoístamente, si a mí me tienen que ingresar con un problema cardiaco y tengo miedo, tal vez coger de la mano a mi esposa o a mi hijo me puede reconfortar.

Nunca entendí por qué... Me dicen algunos directores de hospitales y jefes de urgencias que es que no caben. Bueno, pues quiero demostrar que no sólo caben, sino que además ayudan. Porque disminuiré esa angustia y ansiedad y además se enseña al paciente y al familiar. A lo mejor es él quien le cambia la cuña porque se encuentra más cómodo. Y porque su intimidad es compartida con su ser querido. Y además estamos quitando una carga asistencial.

En las urgencias, como les digo a mis alumnos, no sólo están los pacientes ingresados con los sueros, sino detrás, en la puerta, en la otra parte, están los familiares. Familiares que están una media de 4-6 horas esperando una información que a veces no llega, cuando la incertidumbre, el miedo, la ansiedad y la angustia se puede disminuir. Hicimos una tesis doctoral hace cuatro años en el hospital Clínico y demostramos que eso era posible. Yo la dirigí. Y lo lógico era que cuando llegara a consejero pusiera en marcha esa medida. Y hoy, en los hospitales de la Comunidad de Madrid, no se puede estar más de 90 minutos sin recibir una información clínica. ¿Por parte de quién? Me dicen "Es que los médicos no tenemos tiempo". Pues entonces tengo profesionales de enfermería perfectamente formados para poder dar esa información clínica. Y si para poder hacerlo hay que cambiar las leyes, lo haremos.



CONGRESO DE DERECHO SANITARIO: JORNADA DE CLAUSURA

SÁNCHEZ MARTOS: "SI EL JUEVES QUE VIENE LOGRO OTRO CONSENSO EN EL MODELO DE GESTIÓN, EL PROTAGONISMO NO SERÁ NI MÍO, NI DEL PP, NI DEL PSOE, SINO DE LA ASAMBLEA"



--> **Sobre la humanización: "El plan estrella"**

--> **Sánchez Martos:** Fíjese si funciona la Subdirección de Humanización que solamente llegar hemos tenido la desgracia de tener la mayor ola de calor en los dos últimos 12 años. Y en ese plan de choque, aparte de aumentar el número de personas y las atenciones telefónicas, el plan de humanización se marcó clarísimamente en todos los centros de salud porque se llamaba a los pacientes mayores y crónicos todos los días para ver en qué situación estaban o si necesitaban algo. Eso no se compra en la farmacia. Eso es una humanización. Eso no está en la obligación del profesional. Y eso está en la vocación, la entrega y la abnegación. Y desde aquí una vez más, mi sincero agradecimiento.

Porque si conseguimos cosas al final, no quiero méritos. Lo decía el otro día en la Asamblea con un tema que puede ser importante para dentro de una semana. Quiero huir de los protagonismos. No me interesa mi protagonismo ahora a mi edad, en absoluto. Ya he pasado de esa historia. Desde luego no quiero protagonismos para el PP. Tampoco los aceptaré para el Partido Socialista. los protagonismos tienen que ser de la Asamblea, en consenso.

Es verdad que Güemes y Belén Prado atacaron esa lista de espera. Solamente decirle que nosotros hemos seguido esa estela. Y que es la primera vez que se ha aprobado una PNL por unanimidad en la Asamblea, en el acuerdo llegado después de una negociación dura con Podemos, Ciudadanos y PSOE. Pero al final votaron todos por unanimidad. Y por supuesto ahora tengo otro reto, que es cumplir con ello. Porque una cosa es que se aprueben las cosas y luego que se cumpla ese reto de cambiar las listas de espera. Aunque también le adelanto que habrá cosas que no le gusten a todo el mundo. Claro, cuando tú coges las listas de espera, la cambias, las estableces por hospital, por servicios, por patologías... Y llegas y demuestras que a partir de marzo aumentan de forma importante las personas que quieren operarse de los juanetes por estética no por estática, la cosa cambia. Es una palabra parecida, y seguramente en otro idioma sería distinto. Pero con nuestro lenguaje todo el mundo entiende lo que es una intervención por estática o estética. Y nosotros, operaremos por estática. Pero por estética la cuestión será total y absolutamente diferente en la Cartera de Servicios.

"NO QUIERO PASAR A LA HISTORIA. SI ACASO, QUE LO HAGA CRISTINA CIFUENTES"

--> **Habla mucho de la Enfermería. ¿Se va a atrever a cambiar el modelo tradicional?**

--> Yo no quiero cambiar un modelo. Y no quiero que se publique que Sánchez Martos ha cambiado un modelo. Yo he trabajado en equipo toda la vida. Y a mí me gustaría que se recordara a la presidenta, que es a la que le han dado los votos los ciudadanos. A mí no me han dado ningún voto. Y además no me podrían votar porque no me he presentado a ningunas elecciones.

No vengo de ese mundo. Vengo del mundo del micrófono, del fonendo y de la tiza. Y además lo echo de menos, porque en él he disfrutado tanto toda mi vida. Y a quien le debo tanto, periodistas que están aquí y que me han ayudado en otros momentos para enseñarme. Me gustaría que pasara a la historia el gobierno de Cristina Cifuentes. Tenga usted en cuenta que cualquier idea que yo lance que pueda gustarle a usted, y luego llego al Consejo de gobierno y me pueden tirar de las orejas. Consejero que te has pasado o hay que aprobarlo en un Consejo de gobierno.



CONGRESO DE DERECHO SANITARIO: JORNADA DE CLAUSURA

SÁNCHEZ MARTOS: "NO HE CAMBIADO UN SÓLO GERENTE O JEFE DE SERVICIO EN MÁS DE 3 MESES DESDE QUE SOY CONSEJERO. YO NO LLEGO A LOS SITIOS Y LO CAMBIO TODO. ESE NO ES MI ESTILO..."

Y después, además incluso en la Asamblea. Sí, es verdad, que hemos puesto en marcha un nuevo modelo que ya no se puede echar para atrás. El modelo de la Humanización está aquí. Es decir, ese decreto de estructura de la Consejería está aprobado. Por tanto, si no lo cumplo me tengo que marchar. Ese modelo ya no va a ser futuro. Ese modelo ya está en la Comunidad de Madrid.

El modelo que estamos intentando ahora es el de la gestión profesionalizada. Defiendo lo que defendía antes de ser consejero. Creo que la gestión sanitaria debe de estar y ser profesionalizada en todos los niveles. que un gerente de un hospital debe estar porque tiene las ideas o un proyecto y no porque le nombro yo porque soy el consejero. De hecho, habrán visto que en estos 3 meses y pico yo no he cambiado ni he hecho ningún nombramiento en ese aspecto. Porque para hacerlo tengo que tener las ideas claras. Yo no llego aquí y cambio. No es mi estilo ni lo ha sido nunca.

Y más porque defiendo ese modelo de gestión profesionalizada. Pero no solamente a nivel de gerente, dirección de enfermería y supervisión de enfermería. Una supervisora de enfermería que tiene que estar perfectamente capacitada para ser supervisora. No se puede cambiar a una supervisora ni pasarla de la noche a la mañana a hemodiálisis. Cuando esa enfermera no sabe lo que es shunt arteriovenoso. Tiene que tener un nivel profesionalizado. No creo que se pueda llegar a director de enfermería sin pasar por el tema de supervisión de enfermería. O al menos es lo que yo haría si realmente fuera mío el sistema.

No lo es, pero soy el responsable. Y por tanto, ofrezco esa garantía a mi presidenta que fue presentada el jueves en la Asamblea. Ahora hay una moción que estamos negociando. Y es muy probable, no le digo con certeza, que con la negociación se pueda llegar a aprobar por unanimidad un Proyecto de Ley de la Profesionalización del sistema sanitario en la Comunidad de Madrid. Me puede usted preguntar ¿Y por qué no se ha hecho antes? Bueno, no lo sé. ¿Pero si se hace ahora es por mí? No, tenga la seguridad que no.

"UN ENFERMERO NO ESTÁ CAPACITADO PARA OBJETIVAR LAS COMPETENCIAS DE UN MÉDICO. PERO OJO, UN MÉDICO TAMPOCO PUEDE "OBJETIVAR" A LA ENFERMERÍA"

Buscaré el protagonismo de la Asamblea. Y que el titular algún día sea "En el año 2015 nació un proyecto de ley como fruto del consenso, de la idea generalizada de que todos escuchan a todos". Y ese consenso es de la Asamblea de Madrid que, en definitiva, sería el que se lo permitiera. Y sí, cada vez más se habla de enfermería de Madrid. Eso sí es verdad. estoy aquí delante de personas especialistas en Derecho. No sería justo que yo me atribuyera lo de la enfermería. Fueron otros consejeros los que decidieron (y aquí hay una viceconsejera que lo sabe muy bien) nombrar a profesionales de enfermería como directores de los centros de salud. No fui yo.

Y ahora la sentencia dice que no se puede. Vamos a leer bien la sentencia. Lo quiero aclarar aquí. La sentencia me dice que no puedo nombrar, pero no dice que tenga que cesar. Así que no serán cesados. Y además estamos buscando una articulación nueva. Puede ser que esté de acuerdo en que un enfermero no pueda valorar las competencias. Y estoy totalmente de acuerdo. Un enfermero no está capacitado para objetivar las competencias de un médico.

Pero también digo, que un médico no está capacitado para objetivar las capacitaciones de un profesional de enfermería. Las leyes están para revisarlas y modificarlas. Y quizás en ese artículo 9.1 lo que tendría que haber puesto en ese momento es que el director del centro de salud no está para valorar la capacitación de nadie, sino para valorar la consecución de los objetivos que marcan claramente que se tienen que conseguir unos objetivos distintos en un sitio o en otro.



AGUSTÍN RIVERO: "ESPERAMOS DESDE HACE 4 AÑOS UNA SENTENCIA DEL T. CONSTITUCIONAL QUE SI HUBIERA LLEGADO ANTES, HABRÍA EVITADO COSAS QUE NO DEBIERON HACERSE"

LES OFRECEMOS A CONTINUACIÓN UN AMPLIO RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR G. DE FARMACIA Y CARTERA BÁSICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD, AGUSTÍN RIVERO, EL VIERNES EN EL CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO.



(...) "Hay una gran verdad en una cosa que acaba de decir Julio (Sánchez Fierro). Yo estaría encantado de que cuando ciertos temas llegan al Tribunal Constitucional, la respuesta fuera lo más rápida posible. Porque eso ayudaría a que, posiblemente, otros aspectos no se llevaran a cabo. Si los resultados del tribunal son rápidos, quizás no se pudieran hacer cosas que se hacen y que no deberían hacerse. Pero nuestros tribunales tardan lo que tienen que tardar. Y todavía hay alguna sentencia hace cuatro años que estamos esperando. Y que podía haber solucionado muchos problemas desde el punto de vista farmacológico.

Pero dicho esto, creo que la función que tiene el ministerio, en principio, es la coordinación y garantizar que las prestaciones que se aprueban se implementen en todo el Sistema Nacional de Salud. Y la palabra "igualdad" en cuanto a que todos los usuarios tengan acceso a esos nuevos servicios. El Ministerio, insisto, está para coordinar y para que, dentro de lo posible, la igualdad de los recursos sea para todos la misma. Y todos conocemos que eso no sucede en este momento. Ya no sólo entre CC.AA, sino dentro de una misma comunidad entre dos hospitales. Los tratamientos no son los mismos y tardan más tiempo en unos que en otros en ponerse.

Por tanto, las palabras igualdad y garantía son dos aspectos importantes para el Ministerio, pero hemos de reconocer que otras administraciones también tienen su área de actuación en planificación y gestión. Y que muchas veces chocan con el concepto de sostenibilidad y salud (...)"

(...) "¿Hasta el momento qué hemos incluido en cartera en esta legislatura? Pues hemos trabajado en la innovación en procesos diagnósticos. Recordarán la aprobación del cribaje para patologías o el cribaje actual que se está trabajando en todas las CC.AA para el cáncer de colon.

En cuanto a Innovación en procesos terapéuticos, sobre todo implantes quirúrgicos, ya salió la orden. Y además se regulaban en esa orden los estudios de monitorización. También el acceso a las prestaciones suplementarias, como la evaluación de medicamentos que conocéis.

Se ha trabajado en relación con los precios de referencia. Y por cierto, como llevo toda la vida diciendo que los precios de referencia salen ya, mañana salen oficialmente en el Boletín Oficial del Estado. Así que ya no hace falta que me lo volváis a preguntar los periodistas...

Un tema importante son los IPTs, que como decía antes Julio (Sánchez Fierro), ha sido un paso muy importante en los medicamentos para conocer la población diana a la que van dirigidos. Cada vez más, en la Comisión de Precios se buscan medicamentos específicos que vayan a la población diana y obtengan resultados positivos para el paciente. El Informe de Posicionamiento se trabaja junto con la Agencia y, lógicamente, con las CC.AA. Y ha sido un paso muy importante. Pero como antes se decía, se tienen que dar otros. Hemos trabajado también en metodología y definición de innovación. Uno de los grandes problemas que tenemos para la introducción en la Cartera de Servicios Suplementaria es cuando los laboratorios nos hablan del concepto de innovación. Nos dicen que todo nuevo fármaco es innovador y curará absolutamente todo. Y es complejo tomar una decisión y decidir de una forma subjetiva cuando un medicamento es innovador o no. Así que hemos establecido una metodología en un acuerdo con una universidad de Madrid. El informe está ya. Y hemos conseguido establecer un número a la innovación. La innovación tendrá un máximo de 100 puntos.



AGUSTÍN RIVERO: "LA MAYORÍA DE FÁRMACOS INNOVADORES A LOS QUE HEMOS SOMETIDO AL "FACTOR INNOVADOR" (UNA TABLA DE 20 PUNTOS SOBRE 100) NOS REFLEJAN QUE NO LO SON"

Y aquellos medicamentos que pasen de los 20 puntos, consideraremos que son innovadores. **Hemos hecho el estudio con 140 innovadores que ahora mismo están en el mercado, sobre todo oncológicos, reumatológicos o hematológicos. Y hemos visto que de los 140, un porcentaje muy alto no llegan a los 20 puntos.** Por tanto, realmente no son tan innovadores como pensábamos. Y cuando nos hemos sentado con las sociedades científicas, nos han dicho "Estamos de acuerdo con los resultados que hay". Conseguir tener un número para decir o no si un medicamento es innovador, no sabéis lo que ayuda a la Comisión de Precios a tomar decisiones.

Lógicamente habrá que afinar más el sistema. Pero ahí queda como una herramienta más útil para establecer qué medicamento es innovador. Y las empresas farmacéuticas tendrán transparencia a la hora de conocer en base a qué trabajamos para tomar estas decisiones. Por tanto, se han dado pasos importantes. Y se están utilizando nuevas herramientas de mucha utilidad para el sistema.

Y también se ha innovado en el acceso a las **prestaciones suplementarias a nivel de dietéticos y ortoprótesis**. Hemos establecido los importes máximos de financiación de dietéticos para todo el Estado. Y las prestaciones ortoprotésicas están en una Orden con fines similares actualmente en trámite de audiencia, con unos máximos de financiación. Saben que en cada comunidad una silla de ruedas costaba en una 80, en otra 100, otra 400... Así que se ha establecido un catálogo para todo el sistema que está aún en trámite de audiencia y por tanto, admite aún mejorarse.

El Ministerio tenía la función de establecer un catálogo de productos para todo el sistema con sus precios máximos de financiación y un coeficiente de corrección para incluir el coste real de la distribución o del profesional que tiene que atender por esos productos ortoprotésicos.

En definitiva, se está desarrollando una **Cartera Básica de Servicios homogénea** y que garantiza la igualdad de las prestaciones en la población. Y respecto al Fondo de Cohesión y el supuesto problema de no mandar pacientes entre CC.AA porque no hay fondo, debo decir que el fondo desapareció ya hace dos años. Porque pensamos que el paciente que es tratado en una comunidad, es el mismo caso que cuando ustedes salen a un país extranjero y hacen un gasto. Ese país pasa una factura a España. Y esa factura se compensa a las comunidades autónomas a través del Fondo de Cohesión.

Pero el que lo paga es España. No el país extranjero. Nos llenamos la boca siempre de decir que lo importante es el paciente. Pero muchas veces no se trata a un paciente de una CC.AA que está en otra. Hablamos de la seguridad del paciente. **Y lo lógico es que la comunidad envíe a su paciente, que está financiado en ella, a la comunidad que realmente puede dar esa prestación. Por tanto, tendremos que enviar al paciente a donde creemos que debe de estar. Con independencia de que haya un fondo.** Podríamos estar de acuerdo en que haya un fondo para patologías como enfermedades raras. Pero el dinero tiene que seguir al paciente. Y vaya donde vaya tiene que ser financiado por la comunidad en que paga sus impuestos. Porque todos los pacientes tienen derecho a la mejor asistencia.

Hay centros de referencia y ahí deben dirigirse los pacientes cuando tengan una patología que en su comunidad autónoma no puede ser tratada. Y la comunidad tendrá que financiarlo. Y no entiendo lo que pasa con algunos casos. Y por qué habiendo un acuerdo general para su prestación de servicios, cuando los pacientes no son españoles (sean europeos, de otro país o ilegales), no tienen asistencia. En ese caso la Comunidad lo puede enviar a otra. Y no entiendo por qué en el caso de un español no puede pasar lo mismo.

En definitiva, quería explicarles que la Cartera de Servicios comienza ya a funcionar. Hay unas nuevas metodologías de trabajo, herramientas de gestión, acuerdos con las CC.AA y con las sociedades científicas para que el producto que entre en el sistema sea realmente a coste-beneficio o coste-utilidad para el paciente. Y que sea coste-eficiente, que es lo importante, para compensar y establecer la sostenibilidad del sistema sanitario y la atención que todos merecemos en este país. Muchas gracias.



CONGRESO DE DERECHO SANITARIO: MESA SOBRE BIOSIMILARES

FERMÍN RUIZ DE ERENCHUN (ROCHE): "LA AGENCIA DANESA DE MEDICAMENTOS HA ESTABLECIDO LA INTERCAMBIABILIDAD DE BIOSIMILARES POR PRIMERA VEZ EN LOS PACIENTES ESTABLES"

SI HAY UN HOMBRE QUE ES REFERENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL POR SU POSICIÓN CLAVE SOBRE EL MERCADO DE BIOSIMILARES EN ROCHE ES FERMÍN RUIZ DE ERENCHUN, DE QUIEN RESUMIMOS AMPLIAMENTE SU PONENCIA EN EL CONGRESO.



(...) "Hemos visto cómo los políticos y los pagadores europeos están implementando nuevas medidas de tipo genérico, precisamente para aumentar el uso de los biosimilares. Antes se hablaba de que la Agencia Finlandesa determina que los biosimilares son intercambiables. **Y recientemente, en Dinamarca hemos visto que un pagador ha establecido la sustitución a pacientes que estaban estables, no del primer uso. Sino que estaban estables en un fármaco anti-TMF. Un fármaco que se utiliza en el tratamiento de artritis reumatoide y se ha introducido recientemente.** Esto es algo que no se esperaba. Realmente, la sustitución de pacientes estables de un medicamento a otro que es un biosimilar no tenía antecedentes.

Y refleja esas medidas que se están implementando para aumentar el uso de biosimilares. Qué es lo que ha ocurrido. Vemos en Dinamarca, por ejemplo, que en este momento la cuota de mercado que ha obtenido es un 80% por esas medidas. Y esto se ha hecho en determinadas condiciones. Por ejemplo, los pacientes tienen que ir a un tipo de ensayo clínico donde se controla la seguridad y la eficacia. Pero los clínicos no están de acuerdo en cambiar pacientes estables. Esta medida se ha tomado sin su consenso. Y por supuesto, sin el consenso de los partners.

Por ello debemos preguntarnos cuáles son las medidas para lograr un sistema sanitario sostenible que de alguna forma garantice el estudio a largo plazo de los efectos secundarios de estos medicamentos. Julio Sánchez Fierro mencionaba hace un momento un Documento de Consenso Europeo. Pero el problema es que desde el punto de vista europeo, la normativa europea no define la sustitución o la intercambiabilidad. Es decir, la Agencia Europea y la Ley de Farmacia Europea no lo recogen. Y fue necesario un documento de consenso para definir intercambiabilidad, sustitución o el cambio. Y naturalmente estos términos dan lugar a mucho debate.

El concepto de intercambiabilidad es diferente de Europa a EE.UU, con lo cual todavía hay más incertidumbre sobre qué significa. Intercambiabilidad es una práctica médica que trata de obtener el mismo resultado cuando se sustituye un fármaco por otro por el médico. Y la sustitución es la práctica de dispensar un medicamento en lugar de otro, yendo a la farmacia sin consultar con el responsable de prescripción. Son conceptos que se han acordado por consenso. Pero no hay una normativa regulatoria legal que los define. Y sin duda resulta necesario decidir en qué condiciones se debería hacer la intercambiabilidad.

Personalmente creo que es difícil en algunos casos y que debe ser decisión del médico. En tratamientos de oncología desde un punto de vista clínico, puede ser prácticamente imposible definirlo. Porque hay que intercambiar el producto varias veces para estar seguro de que la eficacia es la misma. De forma que creo que estos conceptos van a ser difíciles de definir científicamente en el futuro. Y ahora voy a explicar el porqué.

Primero, vemos que esto queda fuera de las atribuciones de EMEA. Y por lo tanto, los países deben desarrollar normativas específicas que regulen la sustitución e intercambiabilidad. EMEA se pronuncia en el sentido de que cuando a un paciente le pregunta al médico si se puede sustituir un medicamento por otro, debe realmente haber una discusión entre el profesional sanitario, el médico y el farmacéutico. Es decir, que es una decisión consensuada. No puede ser unilateral.



CONGRESO DE DERECHO SANITARIO: MESA SOBRE BIOSIMILARES

F. RUIZ DE ERENCHUN: "CON LA SUSTITUCIÓN AUTOMÁTICA DE BIOLÓGICOS, DE SURGIR UN INCIDENTE, HABRÍA UN PROBLEMA DE TRAZABILIDAD PORQUE NO SABRÍAMOS QUÉ LOTE LO CAUSA"

Éste es el único condicionamiento que hace la EMEA. Pero luego dentro de las atribuciones que tengan punto de vista regulador. Sin embargo en EE.UU, intercambiabilidad es un tema científico y regulatorio. Y el Congreso le ha dado el mandato a la FDA de definir qué es un biosimilar o un biológico intercambiable. Con el objetivo de implementar la sustitución. Han pasado 3 años desde que las guías de la FDA de biosimilares se publicaron. Y todavía no se ha pronunciado desde el punto de vista científico sobre cómo definir la intercambiabilidad. Estamos esperando que las guías se emitan en cualquier momento. Pero la FDA ha sido muy neutra en pronunciarse. Porque es un tema muy complicado y puede que para todos los productos no sea posible.

Y de hecho algunas agencias han tomado una posición mucho más radical. Y no apoyan la sustitución automática de los medicamentos. Y la intercambiabilidad en este caso, sigue siendo una decisión médica. Porque cuando se establece la intercambiabilidad entre el medicamento innovador y el biosimilar, existe este solapamiento. Y cuando se hacen cambios en el proceso de producción en el tiempo, se pueden producir pequeñas modificaciones que hagan que algunos atributos importantes para la eficiencia y la seguridad sean diferentes. Eso no afecta a la decisión regulatoria inicial. Pero no se puede garantizar que los productos se puedan cambiar uno por otro.

Posteriormente no es necesario hacer nuevos estudios que demuestren la similaridad. Pero en el tiempo los productos pueden evolucionar y ser de alguna forma no completamente biosimilares. En España tenemos normativa para los biológicos, como nos recordaba Julio Sánchez Fierro. Pero vemos que en Europa la situación es muy diferente. España tiene guías, pero en otros ni siquiera hay guías o leyes que prohíban la sustitución automática de los productos biológicos. Algo que creemos que es muy importante para garantizar la trazabilidad. Porque para garantizar la farmacovigilancia es necesario garantizar la trazabilidad de un efecto secundario.

"LA OMS PROPUSO UN SUFIJO DE 4 LETRAS DETRÁS DEL NOMBRE DEL BIOLÓGICO O BIOSIMILAR PARA QUE TENGA TRAZABILIDAD, PERO PROBABLEMENTE NO SE APLIQUE"

Si no se utiliza la marca comercial y se produce la sustitución automática. Y si no se registra el número de lote o del producto, no vamos a garantizar la trazabilidad de los productos. Y al final si existiera un problema, que ojalá no, no sabríamos qué producto lo está produciendo. La Organización Mundial de la Salud está proponiendo que se modifique la denominación común internacional de los productos. Para garantizar la trazabilidad, la OMS está proponiendo añadir un sufijo de cuatro letras que sea específico para cada producto y productor. De esa forma a nivel internacional sabríamos exactamente qué "trastuzumab" se está utilizando en cada paciente.

Es decir, si tenemos un producto que viene de un país de un mercado emergente, sería trastuzumab ABCD frente al original que podría ser XYZ. De esa forma, podríamos garantizar también la trazabilidad en la denominación común internacional.

En Europa como se hace la prescripción por marca comercial, en principio no existe una posición de la EMEA favorable a adoptar esta propuesta. Las autoridades sanitarias europeas están en una posición neutra. Tampoco negativa, pero posiblemente no se implemente de manera definitiva. Desde nuestro punto de vista, creemos que los biosimilares son productos de elevada eficacia, seguridad y calidad. Sin embargo, es importante que existan normativas que regulen el uso, sobre todo la sustitución y la intercambiabilidad. Porque, como hemos visto, la trazabilidad y la farmacovigilancia son un pilar importante en el concepto de los biosimilares. Gracias.

EN DOSIER ESPECIAL, LA PONENCIA GRÁFICA DE FERMÍN RUIZ DE ERENCHUN



CONCLUSIONES FINALES DEL CATEDRÁTICO EMÉRITO DE DERECHO DEL TRABAJO, ALFREDO MONTOYA MELGAR, EN SU INTERVENCIÓN EN LA MESA SOBRE "INMIGRANTES IRREGULARES Y PRESTACIONES SOCIALES Y SANITARIAS" DEL XXII CONGRESO DE DERECHO SANITARIO



1º. De la formulación contenida en las Declaraciones y normas supranacionales no cabe deducir sin más, como podría entenderse en una interpretación puramente literal de algunas de ellas, que el derecho a la protección de la salud sea un derecho universal, atribuible en consecuencia a toda persona.

2ª. Por el contrario, son las leyes de los distintos Estados las que configuran el alcance y contenido de dicho derecho, que al tener naturaleza prestacional exige para su ejercicio la aportación y organización de cuantiosos recursos humanos y materiales.

3ª. La Constitución Española no es una excepción a esa regla general. Y por ello no concibe el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental. Y ni siquiera como un derecho de los ciudadanos, sino como objeto de un principio rector de la política social y económica, que necesita ser desarrollado por la legislación ordinaria para poder ser alegado ante la jurisdicción.

4ª. En consecuencia, la legislación básica española que desarrolla el citado principio (Ley General de Sanidad, Ley de Cohesión y Calidad, Real Decreto 16/2012 y Ley de Salud Pública) confirma con distintos matices, que hasta ahora el referido derecho no se ha configurado como efectivamente universal ni, por tanto, puede ser invocado por toda persona con independencia de que ésta sea española o extranjera, residente regular o inmigrante en situación irregular.

EN EL XXII CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO

EXPERTOS LAMENTAN LA PARALIZACIÓN DEL BAREMO DE DAÑOS SANITARIOS Y CONFÍAN EN SU RELANZAMIENTO EN EL CORTO PLAZO



Más de 200 personas participaron el pasado jueves en la sesión sobre el Baremo Sanitario, organizado con la colaboración de Promede en el marco del XXII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, que se está celebrando en Madrid. El taller, moderado por Juan Abarca, vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario, contó con la participación de Juan Calixto Galán, fiscal de la Audiencia Provincial de Badajoz; Ángel Hernández Gil, Jefe del servicio de Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal de Jaén; Carlos Macaya, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas; y Eugenio Laborda, presidente de la Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal.

Los expertos mostraron su decepción con la paralización de esta iniciativa que tenía como objetivo establecer criterios comunes para valorar los daños en una escala elaborada a partir de las secuelas y de la gravedad. Dado el valor que tendría para limitar la judicialización de la sanidad, mantienen la confianza en que el proyecto se retome en un corto plazo de tiempo.

Acerca de la Asociación Española de Derecho Sanitario

La Asociación Española de Derecho Sanitario nació en 1992 con el deseo de propiciar el encuentro adecuado entre dos grandes humanismos, como son el Derecho y la Medicina, entendida ésta última en su más amplio sentido de ciencia sanitaria o ciencia de la salud. Su objetivo principal es superar el viejo término asistemático de legislación sanitaria y, por otro, hacer referencia a una nueva disciplina emergente, que tiene que definir el sector acotado de su realidad (las relaciones entre los usuarios o pacientes y el Sistema Nacional de Salud y, fundamentalmente, entre aquellos y el médico o los profesionales sanitarios) y los principios que la sirvan de fundamento.

Para garantizar con éxito la transformación digital del sistema, se debe contar con los recursos económicos y humanos necesarios

UN USO ADECUADO DE LAS TIC CONTRIBUIRÁ A LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO

- Su aportación al nuevo modelo debe orientarse a dar respuesta a las necesidades de los pacientes
- La Unión Europea aprobará antes de finalizar este año un nuevo Reglamento General de Protección de datos que recogerá los profundos cambios ocurridos desde la introducción de las Tecnologías de la Información y Comunicación en los últimos 20 años.
- Las TIC deben transformar el modelo de atención sanitaria y la relación profesional-paciente



El uso de las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) debe contribuir a que la transformación del modelo sanitario se oriente a dar respuesta a las necesidades de los pacientes y, en consecuencia, a reforzar la eficiencia de los sistemas de salud. En este escenario, el derecho sanitario es la pieza fundamental que regula la actividad y garantiza la seguridad de la privacidad de los datos. Así lo han puesto de manifiesto los expertos participantes de la mesa “4 puntos de vista para entender el impacto de la e-Salud”, organizada por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) en el XXII Congreso Nacional de Derecho Sanitario.

“Nos encontramos ante una nueva forma de entender el cuidado de la salud y ante una transformación de los sistemas de salud. Por su experiencia Fenin sabe que una transformación no puede ser sólo tecnológica, sino cultural, organizativa y de gestión. En este sentido, España dispone de una sólida infraestructura tecnológica y de gestores capaces de facilitar esta transición hacia un nuevo modelo sanitario”, declara Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin.

eSalud, sostenibilidad de los sistemas sanitarios

Según la Unión Europea, la implantación de la eSalud en los sistemas sanitarios representa un medio eficaz para mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en la actualidad. Este dato es especialmente importante en nuestro país si tenemos en cuenta que más de 2,4 millones de personas tienen más de 80 años y otras 400.000 han superado los 90. Además, un 45% de las personas mayores presentan algún tipo de patología crónica y se estima que el 80% del gasto en salud de una persona se realiza en los últimos tres años de vida. “A la vista de estos datos, por su potencial de transformación, la eSalud debería tener un papel principal en los planes de los servicios de salud de las comunidades autónomas e ir acompañado de una adecuada dotación económica y humana que se traduzca en resultados tangibles”. “Estas nuevas tecnologías suponen además la oportunidad de desarrollar un nuevo sector industrial de alto valor añadido y alta cualificación de sus profesionales, beneficioso para la economía en su conjunto” señala Margarita Alfonso. La puesta en marcha de las TIC tiene mayor significado en España como vehículo de transformación de su sistema de salud para dar respuesta a las necesidades derivadas de esta nueva estructura demográfica. “La eSalud debe facilitar la necesaria transformación de las organizaciones sanitarias para dar respuesta a la nueva carga de la enfermedad derivada de la prevalencia de las enfermedades crónicas, respondiendo a las demandas de pacientes, profesionales y gestores”, afirma Luis Javier Bonilla, general manager en Iberia Orion Health.

“Además, la eSalud debe dejar de verse como un gasto y considerarse más como una inversión”, añade este experto, “el beneficio de la aplicación de las nuevas tecnologías no se traduce en mejora de la eficiencia de los Departamentos de Sistemas de Información, sino en una mejor atención a los pacientes. Por ello, son las Direcciones Asistenciales las que deberían liderar los proyectos con el apoyo de las Direcciones de los Sistemas de Información para lograr que los proyectos se pudieran abordar con los recursos necesarios para garantizar el éxito en su implantación”. En este sentido, según un reciente estudio sobre el impacto del eSalud, elaborado por la consultora PwC, se calcula que en Europa, en los próximos dos años, el potencial de ahorro anual, alcanzaría los 99.000 millones de euros.

“El SNS tiene como prioridad la sostenibilidad del sistema de salud y más ahora que el número de pacientes crónicos seguirá creciendo. Un uso eficiente de la tecnología puede mejorar la eficiencia del sistema de salud. En la actualidad, existen muchas iniciativas en marcha del uso de herramientas digitales para mejorar la gestión de la salud, desde plataformas de teleconsulta paciente-profesional, interconsultas entre primaria y especialistas, teleradiológico, telerehabilitación o multitud de apps de salud” afirma Xabier Olba, Digital Business Strategy Manager de Sanofi Iberia.

El paciente ante la Protección de datos

Pero la principal preocupación de los expertos a la hora de implantar las TIC es la seguridad en el tratamiento de los datos porque pueden ser un gran inhibidor para el desarrollo de las iniciativas en eSalud y pueden dar lugar a conflictos para pacientes, profesionales o las propias organizaciones. Por ello, los expertos están de acuerdo en que la seguridad debe abordarse como un todo que incluya: estructuras organizativas y modelos de gobierno que garanticen que los procesos se realicen con las debidas garantías de seguridad, formación y capacitación de las personas y medidas de seguridad en las tecnologías.

De ahí que, como indica el profesor Antonio Troncoso, catedrático acreditado de Derecho Constitucional de la Universidad de Cádiz, “dado el espectacular avance de las nuevas tecnologías en las últimas décadas, el Consejo de la Unión Europea confía en poder aprobar a finales de este año el nuevo Proyecto de Reglamento general de protección de datos personales acordado por el Consejo de la Unión Europea y tendrá en cuenta los profundos cambios en las tecnologías de la información y la comunicación en los últimos 20 años”.

En este nuevo reglamento se incluyen finalidades sanitarias como aquellas relativas a la medicina del trabajo o los tratamientos de datos de salud con razones de interés público, como los realizados en el ámbito de la salud pública o en relación con el régimen de seguro de enfermedad. Al mismo tiempo, el nuevo reglamento también diferencia los datos de salud de los genéticos al considerar los segundos como categorías especiales de datos a efectos de su tratamiento, pero no como datos de salud”, concluye este experto.