El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1229. Septiembre 2022/

2022 ANUA
DE LA
Y DEL
EN ES



Ekzem®
Fluocinolona acetónido 250 µg/ml

El **primer** y **único** corticoide en gotas indicado específicamente para el **Eczema del Conducto Auditivo Externo (ECAE)**

MEDICAMENTO - PVP: 7,81 € FINANCIADO POR EL SNS

EL CORTICOIDE DISEÑADO EN EXCLUSIVA PARA EL OÍDO



✓ **1 ampolla** en el oído afectado
✓ **2 veces al día**
✓ Durante **7 días**

C.N. 707333.8

30 ampollas, repartidas en **2 sobres de aluminio**

eczemaotico.com

Salvat

Ficha Técnica en pág. 105

CON LA COLABORACIÓN DE:

farmaindustria

SPIRAXIN

Rifaximina-α

Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular



Financiado por el SNS

ALFASIGMA

es.alfasigma.com

Ficha Técnica en pág. 106

SUMARIO ANUARIO

ESPECIAL

2022 ANUARIO DE LA SANIDAD Y DEL MEDICAMENTO EN ESPAÑA



Un año más EL MÉDICO edita su ANUARIO DE LA SANIDAD Y DEL MEDICAMENTO EN ESPAÑA. Sin lugar a dudas, se trata de una de las obras de consulta más completa para adentrarse en el conocimiento de nuestro sistema sanitario. En esta ocasión se han recopilado, seleccionado y estructurado los datos más relevantes sobre las principales áreas clínico-terapéuticas, sin olvidar el apartado del medicamento que, como en años anteriores, tiene su espacio propio.

ÁREAS TERAPÉUTICAS

8 ALERGOLOGÍA

12 CARDIOLOGÍA

22 CRONICIDAD

26 DERMATOLOGÍA

30 ENDOCRINOLOGÍA

38 GERIATRÍA

42 NEUMOLOGÍA

46 NEUROLOGÍA

52 ONCOLOGÍA

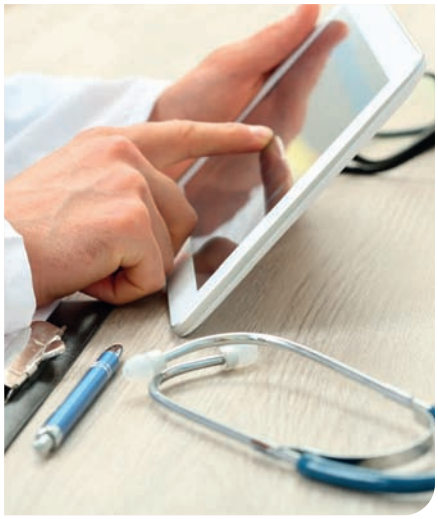
62 PSIQUIATRÍA

66 REUMATOLOGÍA

72 UROLOGÍA

MEDICAMENTO

78 FARMACIA



SUMARIO

OTROS TEMAS/REPORTAJES



88 **40 años y 20 ministros**

Como continuación del número de septiembre, y para conmemorar el 40 aniversario de la Revista EL MÉDICO, también en esta edición se publica un contenido especial dedicado a esta efeméride. En esta ocasión, se hace un repaso a los 20 ministros que han ocupado la cartera de Sanidad a lo largo de estas cuatro décadas.

COLOQUIOS EL MÉDICO

96 **Manejo del alto riesgo de recaída en cáncer de mama**

Dentro del ciclo de Coloquios que EL MÉDICO realiza periódicamente en su redacción, se ha celebrado recientemente uno en el que expertos en Oncología y otras especialidades han abordado el "Manejo del alto riesgo (de recaída) en cáncer de mama". Una de las conclusiones ha sido la necesidad de mejorar los tiempos en el acceso a la innovación. Los expertos también han resaltado los beneficios de medir los resultados, pero no como una medida fiscalizadora, sino como una oportunidad de mejorar.



El Médico

EDITA:
saned GRUPO

Redacción: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ester Crespo, Isabel Sánchez Aguiar y Blanca Erce

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:
http://www.elmedicointeractivo.com

Corresponsales colaboradores: Silvia C. Carpallo, Nerea Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Esther Murillo, María San Narciso, Laura Clavijo y Bárbara Fernández.

Agencia: Europa Press.

Otras secciones: Derecho Sanitario: Ricardo De Lorenzo.

Humanidades Médicas: Dr. Ángel Rodríguez Cabezas.

Publicidad Madrid: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500.

e-mail: elmedico@gruposaned.com.

Publicidad Barcelona: Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Distribuye: Jarpa Manipulado y Marketing Postal.

Suscripciones: 9 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional Sección de Ciencias de la Salud. Asociación APP Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2022. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

¿Conoces las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A?

1

Servicio ITV

Servicio gratuito de Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



2

Servicio gratuito de Gestoría

Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



3

Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



4

Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpiza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibiliad...



5

Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del **912 74 86 95** o del click to call de nuestra página web.



A.M.A. MADRID Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Hilarión) Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Leganés) Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes,16 Tel. 911 75 03 33 leganes@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Villanueva) Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com 900 82 20 82 / 913 43 47 00 Síganos en y en nuestra APP

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

A.M.A. GRUPO | A.M.A. agrupación mutual aseguradora | AmaVida Seguros de vida para profesionales sanitarios | A.M.A. agrupación mutual aseguradora Fundación A.M.A. | AMARenting El Renting de los sanitarios | A.M.A. América Seguros ECUADOR

ATERINA
SULODEXIDA



FINANCIADA desde C3-Edema (moderado-grave) a C6-Úlcera Venosa

La **protección endotelial** para el sistema venoso

- Indicada en el Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica y en el Tratamiento de las Úlceras Venosas
- Además de mejorar los síntomas y signos, previene la progresión de la Enfermedad Venosa Crónica[1-4]



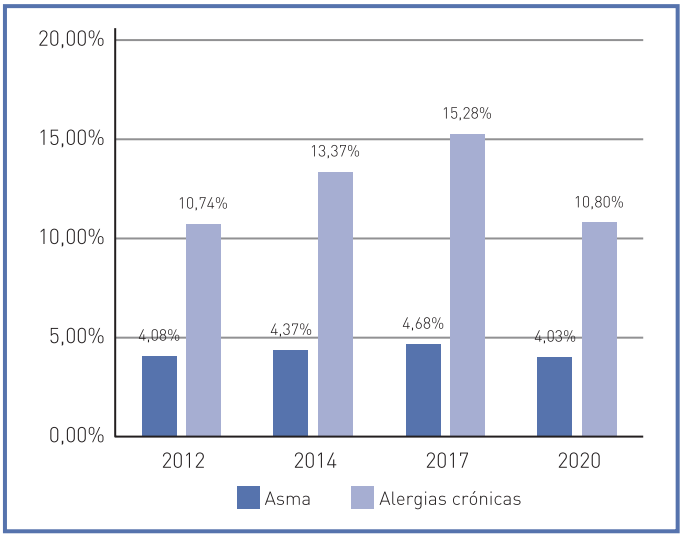
ALFASIGMA
es.alfasigma.com

Ver ficha técnica y bibliografía en página 106

ÁREAS TERAPÉUTICAS

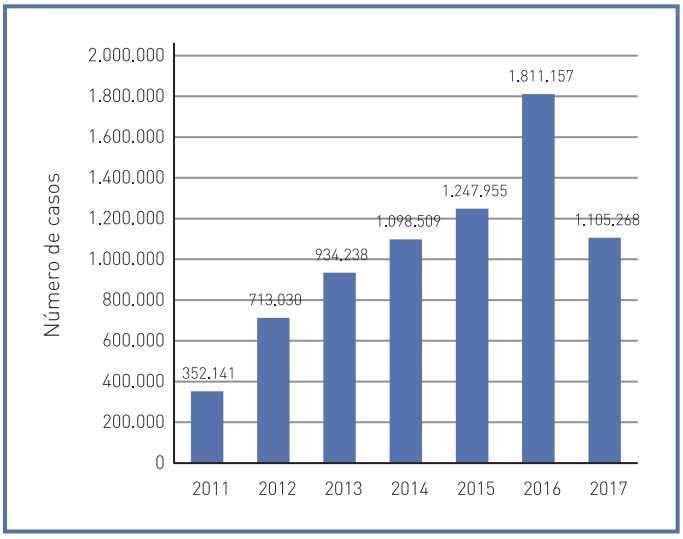


1 Evolución del porcentaje de personas diagnosticadas con asma o alergias crónicas (2012-2020)



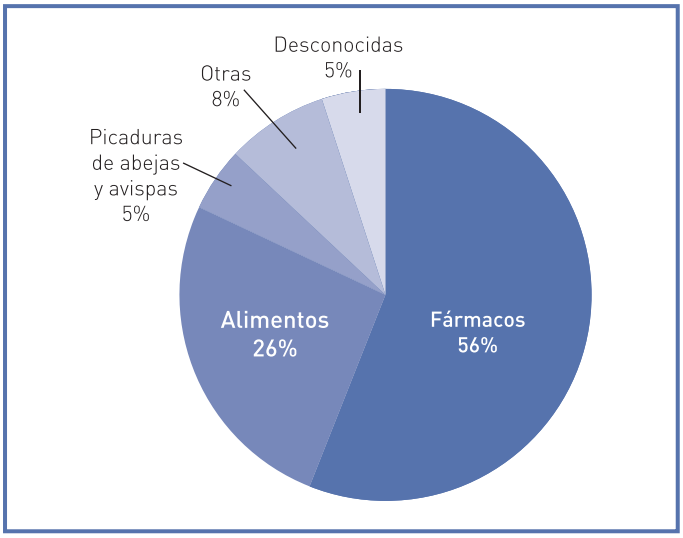
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

2 Casos de alergia o reacciones alérgicas no especificadas registrados en España (2011-2017)



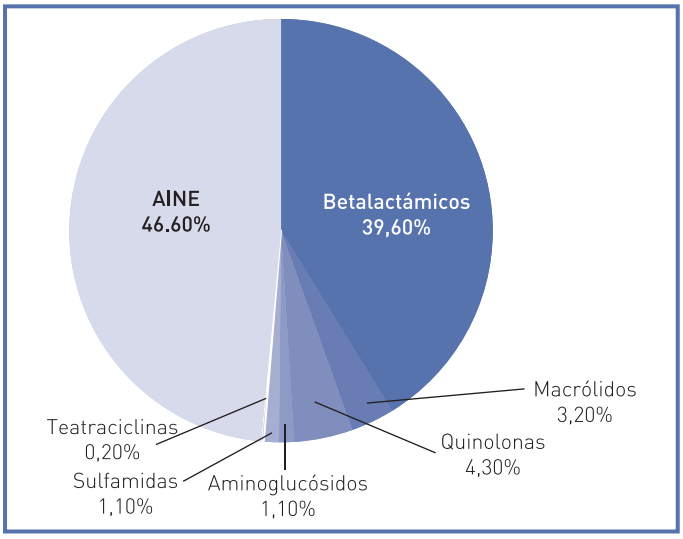
Fuente: Ministerio de Sanidad, 2017.

3 Causas de anafilaxia



Fuente: El Libro de las Enfermedades Alérgicas. Fundación BBVA y Fundación SEAIC. 2021.

4 Medicamentos causantes de reacciones por las que consultan los pacientes



Fuente: El Libro de las Enfermedades Alérgicas. Fundación BBVA y Fundación SEAIC. 2021.

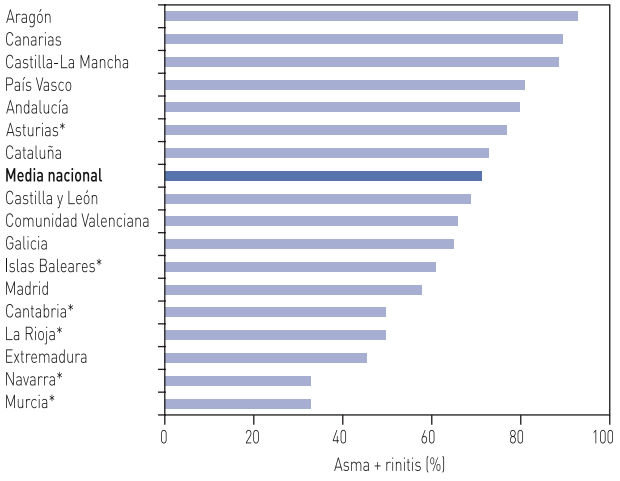


5 Manifestaciones clínicas más comunes de la alergia alimentaria

Digestivas	25-30%	Náuseas/vómitos, dolor abdominal, meteorismo, flatulencia, diarrea
Respiratorias	40-60%	Prurito y congestión conjuntival o nasal, laringoespasmo, broncoespasmo/ asma
Cutáneo/mucosas	80-90%	Dermatitis atópica, urticaria, angioedema, prurigo, pitiriasis alba, xerosis cutánea
Cardiovascular	30-35%	Hipotensión/shock, paro cardiaco

Fuente: Una visión global de las reacciones adversas a alimentos: alergia e intolerancia alimentaria. Nutrición Hospitalaria. Nutr. Hosp. vol.35 spe 4 Madrid. 2018. Epub 28-Sep-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.2134 2020

6 Comorbilidad de rinitis y asma en España por CC.AA.



**Comunidades autónomas donde se recogieron menos de 20 casos.*
Fuente: Comorbilidad de rinitis y asma en España (estudio RINAIR). Archivos de Bronconeumología.

7 Manifestaciones clínicas según grupo alimentario alérgeno

	Cutánea (%)	Respiratoria (%)	Digestiva (%)
Fruta	95	32	14
Frutos secos	100	28	22
Leche	77	26	42
Huevo	77	25	36
Pescado	95	35	15

Fuente: Una visión global de las reacciones adversas a alimentos: alergia e intolerancia alimentaria. Nutrición Hospitalaria. Nutr. Hosp. vol.35 spe 4 Madrid. 2018. Epub 28-Sep-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.2134

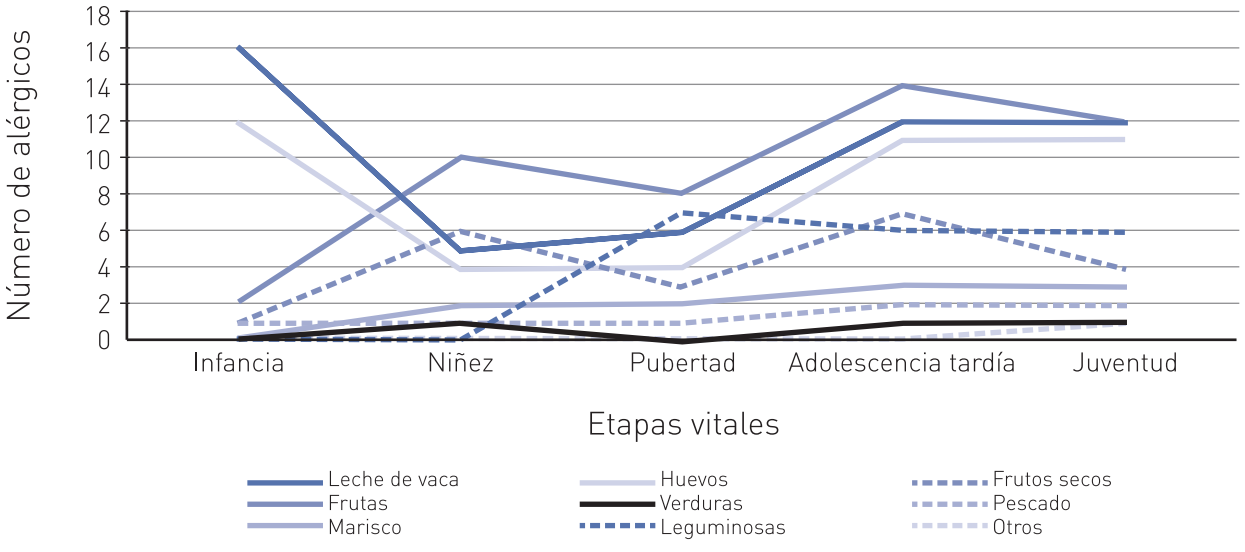
8 Alergias alimentarias más comunes

	Prevalencia autoreportada (%)	Prevalencia demostrada (%)
Leche de vaca	6,0	0,6
Huevo	2,5	0,2
Trigo	3,6	0,1
Soja	-	0,3
Cacahuete	0,4	0,2
Nuez	1,3	0,5
Pescado	2,2	0,1
Mariscos	1,3	0,1

Fuente: Una visión global de las reacciones adversas a alimentos: alergia e intolerancia alimentaria. Nutrición Hospitalaria. Nutr. Hosp. vol.35 spe 4 Madrid. 2018. Epub 28-Sep-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.2134

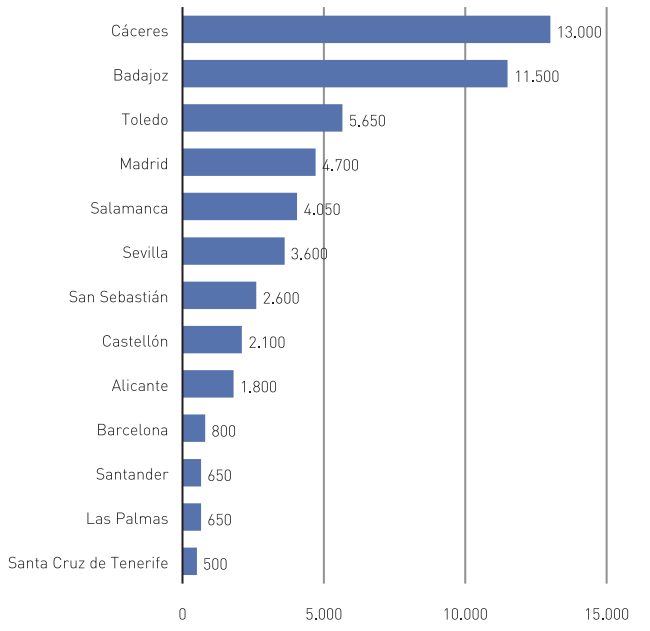


9 Evolución de las alergias alimentarias en función de la etapa vital



Fuentes: Estudio de la incidencia y seguimiento facultativo de alergias alimentarias en estudiantes de enfermería de Ciudad Real. Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(4):34-39. DOI: 10.12873/374gomez

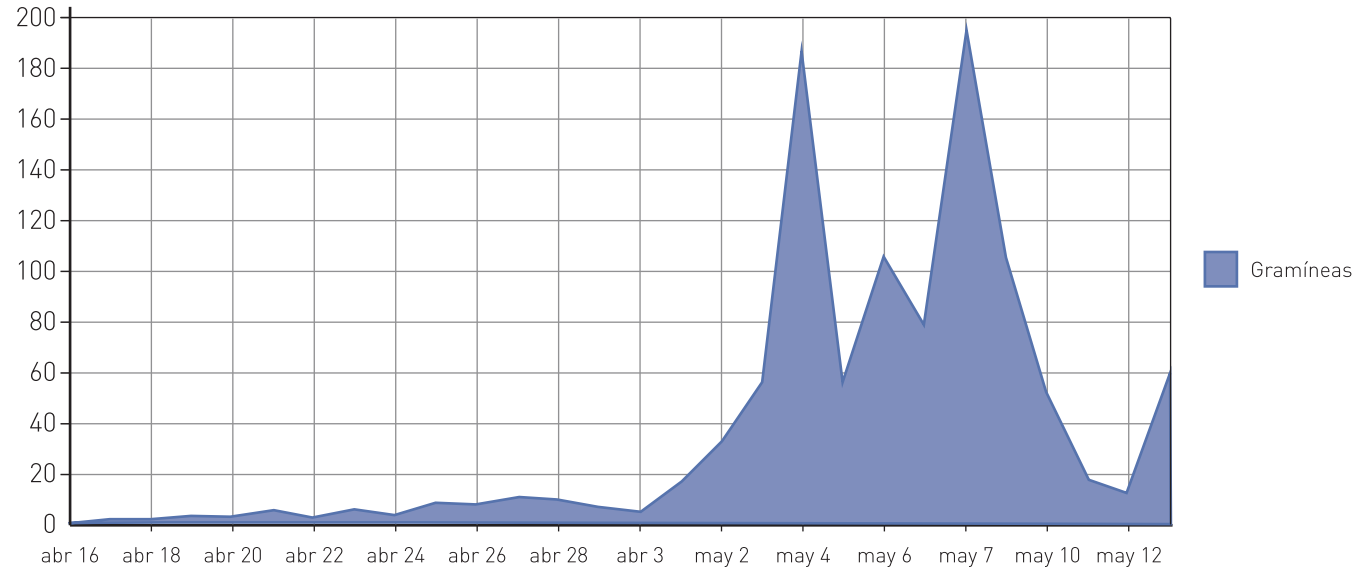
10 Previsión de la alergia primaveral en ciudades seleccionadas de España (2017)



En granos de polen por metro cúbico de aire.
Fuente: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y Ministerio de Sanidad.



11 Recuento de pólenes de gramíneas en Madrid en mayo de 2020



Fuente: El Libro de las Enfermedades Alérgicas. Fundación BBVA y Fundación SEAIC. 2021. www.seaic.org y www.polenes.com.



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

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

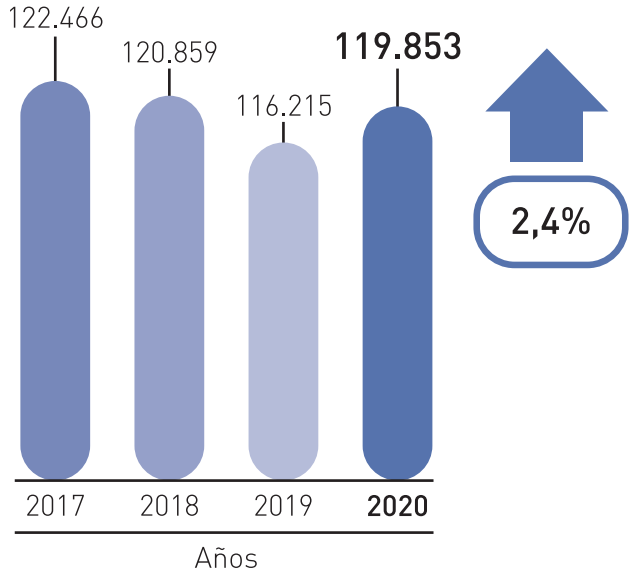
janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

1 Mortalidad cardiovascular en España (2020)

Tasa de fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio	24,30% del total
Número total de fallecimientos	119.853 (53,32 % mujeres)
Fallecimientos por cada 100.000 habitantes	219,4

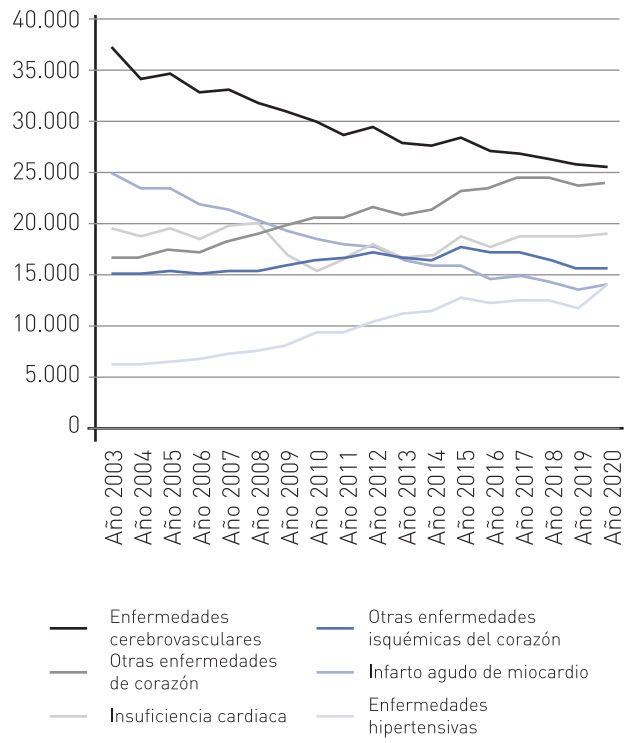
Fuente: Sociedad Española de Cardiología (SEC).

2 Evolución del número de fallecimientos por enfermedad cardiovascular en números absolutos por año (2017-2020)



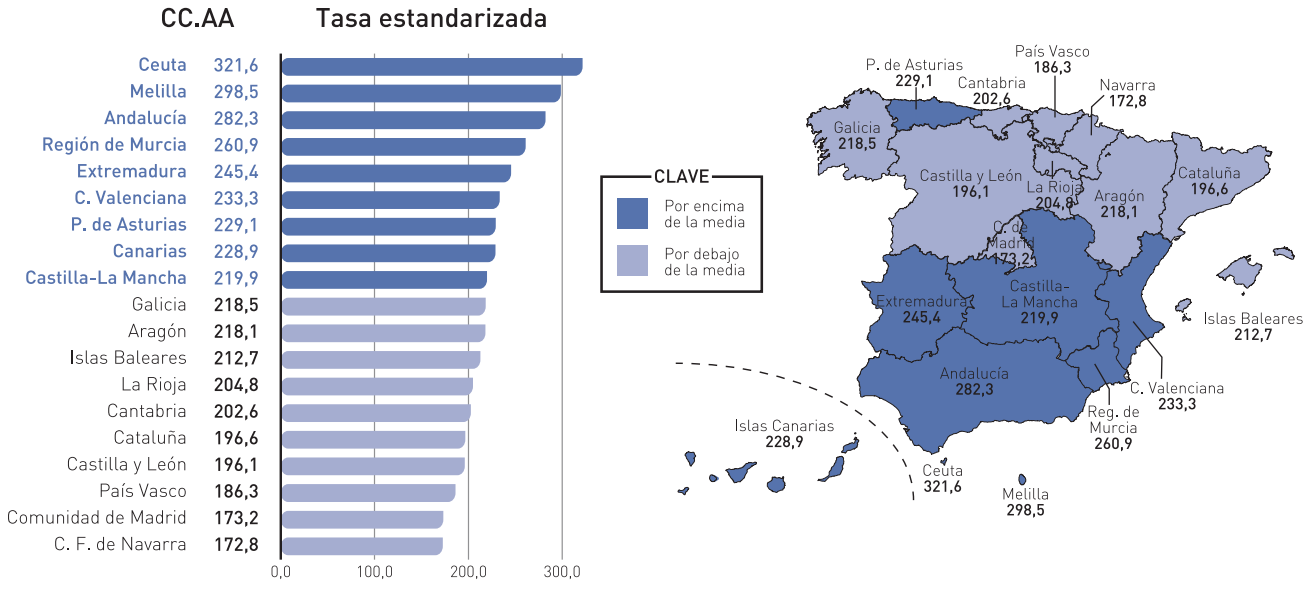
Fuente: Sociedad Española de Cardiología (SEC).

4 Evolución de los fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio (2003-2020)



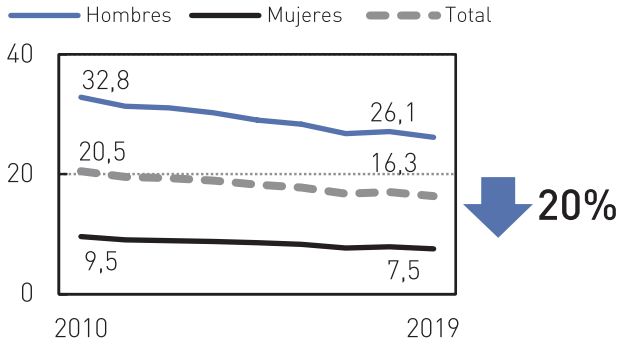
Fuente: Sociedad Española de Cardiología, 2021.

3 Tasa media estandarizada de mortalidad cardiovascular, por CC.AA. (2020)



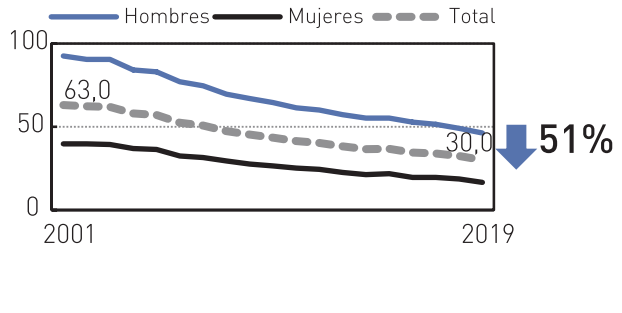
Fuente: Sociedad Española de Cardiología (SEC).

5 Enfermedad isquémica del corazón: evolución de la tasa de hospitalizaciones ajustada por edad, por 10.000 habitantes (2010-2019)



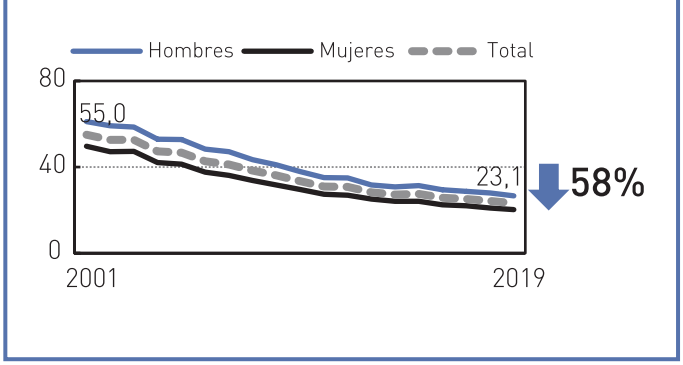
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

6 Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ajustada por edad, por 100.000 habitantes (2001-2019)



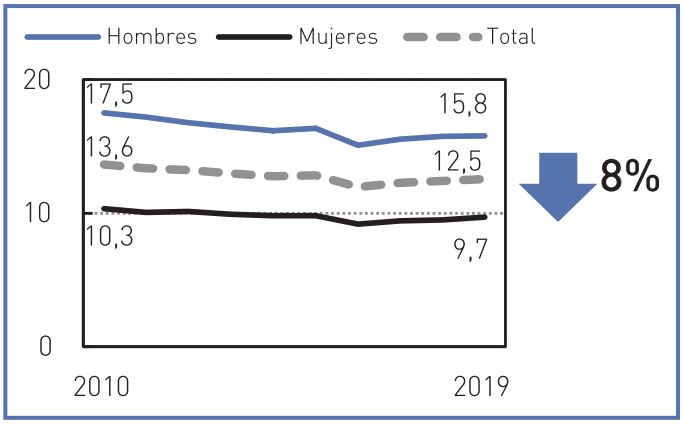
Se han producido 29.247 defunciones: 17.709 en hombres y 11.538 en mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 62,1 defunciones por 100.000 habitantes: 76,7 en hombres y 48,1 en mujeres.
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

8 Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ajustada por edad, por 100.000 habitantes (2001-2019)



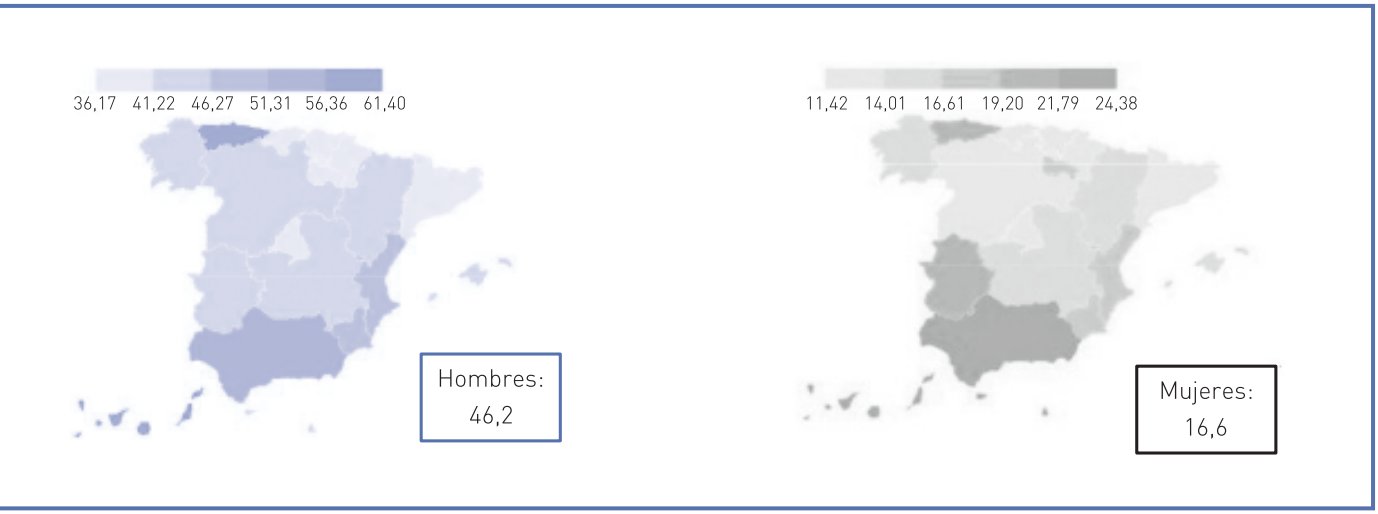
Se han producido 25.712 defunciones: 11.086 en hombres y 14.626 en mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 54,6 defunciones por 100.000 habitantes: 48,0 en hombres y 60,9 en mujeres.
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

9 Enfermedad cerebrovascular: evolución de la tasa de hospitalizaciones ajustada por edad, por 10.000 habitantes (2010-2019)



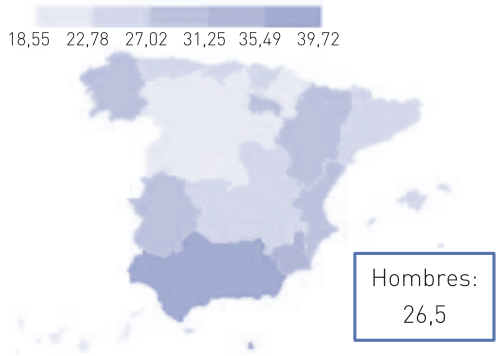
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

7 Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ajustada por edad, por 100.000 habitantes (2001-2019)



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

10 Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ajustada por edad, por 100.000 habitantes (2001-2019)





Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

11 Episodios de alta por enfermedades cardiacas (2019)

Servicio	Casos	Estancia mediana (días)	TBM	Reingresos
Cardiología	149.173	4 (RIC: 2,8)	1,86%	5,18%
Medicina interna	114.407	7 (RIC: 4, 10)	10,80%	10,00%
Cirugía cardiaca	14.228	9 (RIC: 7, 15)	0,91%	6,16%
Neumología	9.702	7 (RIC: 5 10)	3,60%	4,41%
Medicina intensiva	9.165	4 (RIC: 2, 8)	35,64%	5,75%
Resto	33.909	5 (RIC: 2, 9)	10,47%	8,96%
Total	**330.584**	**6 (RIC: 3, 9)**	**6,79%**	**7,15%**

Solo para los diagnósticos principales de alta tipificados de enfermedades cardiacas. Mayores de 17 años. TBM: tasa bruta de mortalidad. (1) Por causas cuyo diagnóstico principal están comprendidas entre las enfermedades del aparato circulatorio (Capítulo 9 de la CIE-10). Base de Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD_CAR), cedido por el Ministerio de Sanidad. Existen problemas de codificación, especialmente en los procedimientos.
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).



12 Distribución de los diagnósticos principales al alta en el CMBD_CAR (EC) (2007-2019)

Diagnóstico principal	2007	2010	2015	2016	2018	2019
Insuficiencia cardiaca*	83.536	92.630	107.671	100.365	627.323	56.153
Infarto agudo de miocardio	47.975	47.341	46.938	44.716	48.376	50.276
Arritmia	41.360	43.773	47.222			
Cardiopatía isquémica (otra)	38.273	35.982	30.665			
Enfermedad isquémica crónica cardiaca				32.614	31.995	32.122
Fibrilación y flutter auricular				28.338	29.629	30.501
Enfermedad cardiopulmonar aguda	11.094	14.347	15.844			
Trastorno de la conducción	13.482	14.985	15.906			
Embolia pulmonar				15.286	16.418	16.732
Enfermedad endocárdica						
Angina de pecho	10.967	8.205	7.453	14.456	11.712	10.444
Otras formas agudas y subagudas de cardiopatía isquémica	20.396	16.240	14.074			
Bloqueo auriculoventricular y de rama izquierda del haz				12.802	14.020	14.550
Trastornos de válvula aórtica no reumáticos				11.304	12.054	12.770
Enfermedad cardiaca hipertensiva*	12.279	12.186	115.552	9.866	34.714	39.342
Enfermedad renal crónica y cardiaca hipertensiva*				7.884	26.020	31.090
Otras enfermedades de endocardio	10.226	12.306	14.471			
Resto	30.892	33.025	36.047	50.186	52.443	53.688
Total	**320.480**	**331.020**	**347.843**	**327.818**	**340.104**	**347.668**

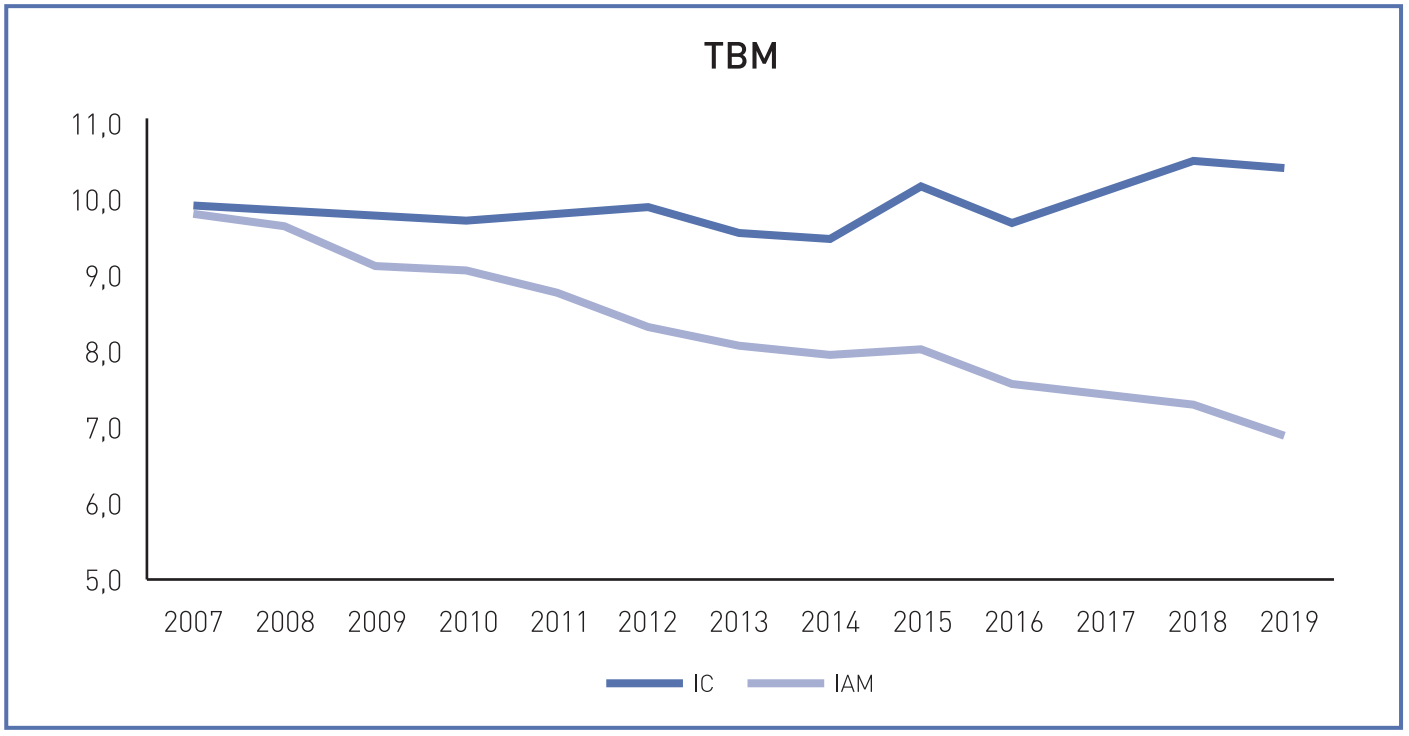
Solo para los diagnósticos principales de alta tipificados de enfermedades cardiacas. Mayores de 17 años. TBM: tasa bruta de mortalidad. (1) Por causas cuyo diagnóstico principal están comprendidas entre las enfermedades del aparato circulatorio (Capítulo 9 de la CIE-10). Base de Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD_CAR), cedido por el Ministerio de Sanidad. Existen problemas de codificación, especialmente en los procedimientos.
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

13 Evolución de la tasa bruta de mortalidad (2007-2019)

TBM (%)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	IRR	p
IC	9,9	9,9	9,8	9,7	9,8	9,9	9,6	9,5	10,2	9,7	10,2	10,5	10,4	1,00	< 0,001
IAM	9,9	9,6	9,1	9,1	8,8	8,3	8,1	8,0	8,0	7,6	7,4	7,3	6,9	0,97	< 0,001

*IC: insuficiencia cardiaca. IAM: infarto agudo de miocardio. IRR: Incidence Rate Ratio (regresión de Poisson para la tendencia) * La codificación se ha modificado entre 2015 y 2016, variando los criterios de selección de códigos. El CMBD_CAR de 2016 no contiene todos los registros de alta. Base de Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD_CAR), cedido por el Ministerio de Sanidad.*
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

14 Evolución de la tasa bruta de mortalidad en los ingresos hospitalarios por las enfermedades del corazón (2007-2019)



TBM: tasa bruta de mortalidad. IC: insuficiencia cardiaca. IAM: infarto agudo de miocardio.
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

15 Evolución de la estancia media en los ingresos hospitalarios por IC e IAM (2007-2019)

EM (%)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	IRR	p
IC	9,5	9,5	9,4	9,2	8,9	8,7	8,7	8,6	8,6	8,7	8,6	8,7	8,6	0,99	< 0,001
IAM	9,2	9,1	8,9	8,7	8,5	8,2	8,2	8,0	7,9	7,9	7,7	7,7	7,6	0,98	< 0,001

*IC: insuficiencia cardiaca. IAM: infarto agudo de miocardio. IRR: Incidence Rate Ratio (regresión de Poisson para la tendencia) * La codificación se ha modificado entre 2015 y 2016, variando los criterios de selección de códigos. Base de Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD_CAR), cedido por el Ministerio de Sanidad. El CMBD_CAR de 2016 no contiene todos los registros de alta.*
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).



16 Indicadores hospitalarios del SNS de las enfermedades cardiacas (2019)

CC.AA.	Frecuentación	EM	TBM	Reingreso	RAMER	RARER	% CART/TOTAL
Andalucía	632	6	7,9	5,9	8,71	6,32	46,3
Aragón	807	7	6,1	7,7	5,90	7,20	46,1
Asturias (Principado de)	771	6	7,2	6,8	6,43	6,70	48,1
Balears (Illes)	464	6	5,2	5,3	5,78	5,58	50,3
Canarias	473	7	6,4	6,2	7,41	6,75	54,3
Cantabria	925	5	6,2	5,6	6,47	6,11	49,8
Castilla y León	964	6	7,5	7,8	6,44	7,32	44,7
Castilla-La Mancha	689	6	7,2	6,7	6,76	6,59	44,8
Cataluña	646	5	6,3	7,9	5,83	7,45	33,7
Comunidad Valenciana	714	5	6,7	6,7	6,96	7,03	44,3
Extremadura	894	6	7,3	8,8	7,05	8,89	46,9
Galicia	942	6	7,3	6,8	6,90	6,85	44,6
Madrid (Comunidad de)	675	5	5,9	8,8	5,63	7,85	48,6
Murcia (Región de)	686	6	6,3	7,1	6,41	7,96	48,9
Navarra (Comunidad Foral de)	573	6	7,3	4,6	9,54	7,83	38,8
Pais Vasco	822	5	5,9	6,9	6,01	7,07	56,7
Rioja (La)	798	6	6,6	5,5	5,58	5,27	41,6
Ceuta	363	7	8,8	9,2	8,11	7,80	41,0
Melilla	357	8	16,3	10,0	12,78	8,26	0,0
Promedio	734	5,8	6,7	6,8	6,70	6,99	46,4
DE	152	0,6	0,7	1,2	1,07	0,90	5,4
Min	464	5	5	5	5,58	5,27	34
Max	964	7	8	9	9,54	8,89	57
p50	714	6,0	6,6	6,8	6,44	7,03	46,3
p25	646	5,0	6,2	5,9	5,90	6,59	44,6
p75	822	6,0	7,3	7,7	6,96	7,45	48,9

Frecuentación: ingresos por 100.000 habitantes (sin ponderar por edad y sexo) y año. EM: estancia mediana. TBM: tasa bruta de mortalidad. Reingresos: reingresos dentro de los 30 días de dar el alta (enfermedades del aparato circulatorio, Capítulo 9 de la CIE 10 -I00 a I99-). RAMER: razón de mortalidad estandarizada por riesgo (ajuste multinivel, I. Charlson). RARER: razón de reingresos estandarizada por riesgo (ajuste multinivel; I. Charlson). % CAR/Total: porcentaje de las altas dadas por servicios de Cardiología sobre el total. No se incluyen en los estadísticos a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Base de Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD_CAR), cedido por el Ministerio de Sanidad.

Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

17 Indicadores hospitalarios del SNS de la insuficiencia cardiaca (2019)

CC.AA.	Frecuentación	EM	TBM	Reingreso	RAMER	RARER	CART/TOTAL
Andalucía	184	7	14,5	10,4	15,2	11,01	22,8
Aragón	301	7	10,0	12,4	10,0	12,25	18,7
Asturias (Principado de)	297	7	11,8	10,0	11,5	10,80	21,2
Balears (Illes)	139	7	7,4	8,3	8,4	9,64	31,1
Canarias	141	9	10,6	10,6	11,5	11,22	29,3
Cantabria	296	6	12,3	10,0	12,5	11,00	19,5
Castilla y León	372	7	11,7	11,9	10,2	12,00	18,6
Castilla-La Mancha	251	8	11,9	10,9	10,8	11,32	15,0
Cataluña	212	7	10,7	11,6	9,9	11,52	14,4
Comunidad Valenciana	228	6	11,0	11,9	11,6	12,22	26,6
Extremadura	327	7	12,0	14,3	12,5	13,85	19,4
Galicia	361	7	12,0	11,1	11,5	11,68	15,2
Madrid (Comunidad de)	263	7	9,3	13,3	8,0	12,55	23,0
Murcia (Región de)	212	7	10,0	10,1	11,6	11,06	21,7
Navarra (Comunidad Foral de)	157	7	13,6	9,0	14,9	11,16	11,4
Pais Vasco	284	6	9,6	10,6	10,3	11,43	42,6
Rioja (La)	325	6	10,1	9,3	9,7	9,95	11,8
Ceuta	131	8	16,2	7,9	16,9	10,51	12,6
Melilla	130	9	23,6	12,5	22,6	11,89	0,0
Promedio	255,9	6,9	11,1	10,9	11,19	11,45	21,3
DE	73,7	0,7	1,7	1,5	1,93	0,97	7,8
min	139	6	7	8	8,01	9,64	11
max	372	9	14	14	15,24	13,85	43
p50	262,9	7,0	11,0	10,6	11,45	11,32	19,5
p25	212,0	7,0	10,0	10,0	10,02	11,01	15,2
p75	300,9	7,0	12,0	11,9	11,65	12,00	23,0

Frecuentación: ingresos por 100.000 habitantes y año. EM: estancia mediana. TBM: tasa bruta de mortalidad. Reingresos: reingresos dentro de los 30 días de dar el alta (enfermedades del aparato circulatorio). RAMER: razón de mortalidad estandarizada por riesgo (ajuste multinivel). RARER: razón de reingresos estandarizada por riesgo (ajuste multinivel). % CAR/Total: porcentaje de las altas dadas por servicios de cardiología sobre el total. No se incluyen en los estadísticos a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

18 Indicadores de enfermedades cardiacas (2019)

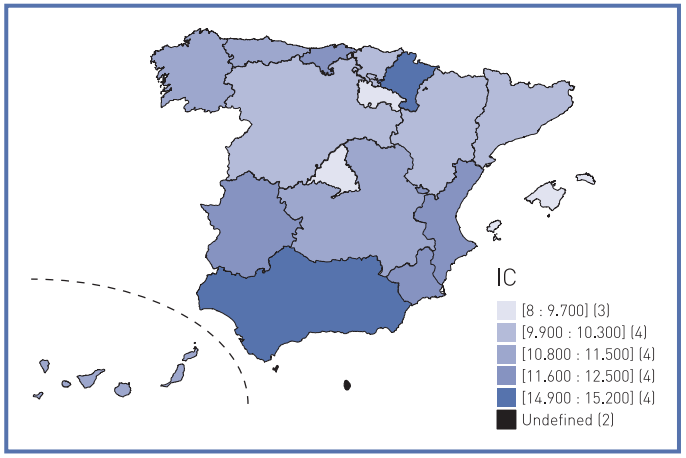
	Totales	Cardiología
Enfermedades cardiacas[0]		
Altas	330.584	149.173
Mediana estancia hospital [p50 (RIC)] (días)	6 (RIC: 3, 9)	4 (RIC: 2, 8)
TBM (%)	6,79%	1,86%
Tasa de reingresos (%)	7,15%	5,18%
Índice de Charlson (→ 2)	33,57%	21,83%
RAMER*	7,05%	6,67%
RARER*	7,29%	7,27%
Insuficiencia cardiaca[1]		
Altas	113.130	24.278
Mediana estancia hospital [p50 (RIC)] (días)	7 (RIC: 4, 11)	7 (RIC: 5, 11)
TBM (%)	11,25%	4,27%
Tasa de reingresos (%)	11,49%	9,70%
RAMER[β]	11,75%	11,28%
RARERSymbol	11,63%	11,60%
IAMCEST[2]		
Altas	23.861	18.256
Mediana estancia hospital [p50 (RIC)] (días)	5 (RIC: 4, 8)	5 (RIC: 4, 8)
TBM (%)	8,73%	3,31%
Tasa de reingresos (%)	4,85%	4,50%
RAMER[γ]	8,89%	8,82%
RARER[γ]	4,94%	4,92%
IAMSEST2		
Altas2	21.075	15.264
Mediana estancia hospital [p50 (RIC)] (días)2	6 (RIC: 4, 9)	6 (RIC: 4, 8)
TBM (%)2	5,17%	1,94%
Tasa de reingresos (%)2	5,96%	5,39%
RAMER[γ]	5,24%	5,24%
RARER[γ]	6,01%	60,01%
Procedimientos intervencionistas		
TBM tras angioplastia en IAMCEST (%)[4]	4,86%	
TBM en bypass aortocoronario aislado (%)[4]	3,18%	
TBM en bypass aortocoronario (%)[4]	4,59%	
TBM en TAVI[3]	2,99%	
TBM en SVAQ[3]	5,43%	

*0: se han eliminado hospitales con < 00 altas de EAC en 2019. 1: se han eliminado hospitales con < 100 altas por IC en 2019. 2: se han eliminado hospitales con < 25 altas por IAM (IAMCEST+IAMSEST) en 2019. 4: se calcula sobre hospitales tipo 4. * Ajuste mediante Charlson-Elixhauser. γ : ajuste específico para IAM. β: ajuste específico IC.*

Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

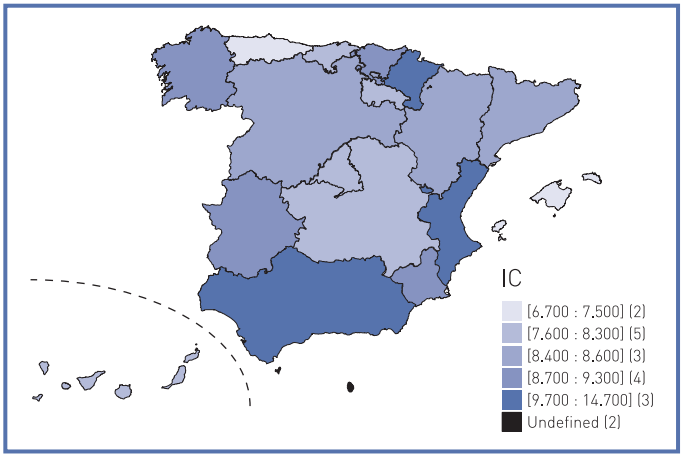


19 Distribución de la mortalidad ajustada a riesgo (RAMER) intrahospitalaria de la insuficiencia cardiaca, por CC.AA. (2019)



Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

20 Distribución de la mortalidad ajustada a riesgo (RAMER) intrahospitalaria del IAMCEST, por CC.AA. (2019)



Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

21 Indicadores hospitalarios del SNS del infarto agudo de miocardio (IAMCEST) (2019)

CC.AA.	Frecuentación	EM	TBM	Reingreso	RAMER	RARER	CART/TOTAL
Andalucía	52	5	10,3	4,8	9,7	4,72	69,8
Aragón	44	8	8,1	4,0	8,6	4,62	84,2
Asturias (Principado de)	43	5	6,3	4,4	7,5	4,50	92,8
Balears (Illes)	38	5	4,9	4,2	6,7	4,53	76,7
Canarias	56	5	6,1	3,0	8,2	4,09	72,7
Cantabria	59	6	5,5	3,1	7,6	4,14	76,7
Castilla y León	67	5	9,9	5,9	8,4	5,06	79,7
Castilla-La Mancha	55	5	7,3	5,0	7,6	4,81	83,3
Cataluña	48	6	8,7	5,2	8,6	4,64	66,8
Comunidad Valenciana	52	5	10,2	4,5	9,8	4,70	66,4
Extremadura	68	6	9,4	4,6	9,3	4,83	84,9
Galicia	53	5	9,1	4,3	8,9	4,68	82,5
Madrid (Comunidad de)	39	4,5	7,2	6,3	7,6	5,48	88,5
Murcia (Región de)	53	6	8,8	6,1	9,3	5,38	75,0
Navarra (Comunidad Foral de)	52	6	10,4	2,3	14,7	3,99	86,7
Pais Vasco	60	6	8,2	4,4	8,7	4,54	92,6
Rioja (La)	63	7	7,1	2,7	8,3	3,97	89,4
Ceuta	37	7	6,5	6,9	8,9	4,88	80,6
Melilla	-	-	-	-	-	-	-
Promedio	53	5,6	8,1	4,4	8,80	4,63	80,5
DE	9	0,9	1,7	1,2	1,75	0,43	8,5
min	38	5	5	2	6,74	3,97	66
max	68	8	10	6	14,75	5,48	93
p50	53	5,0	8,2	4,4	8,57	4,64	82,5
p25	48	5,0	7,1	4,0	7,63	4,50	75,0
p75	59	6,0	9,4	5,0	9,30	4,81	86,7

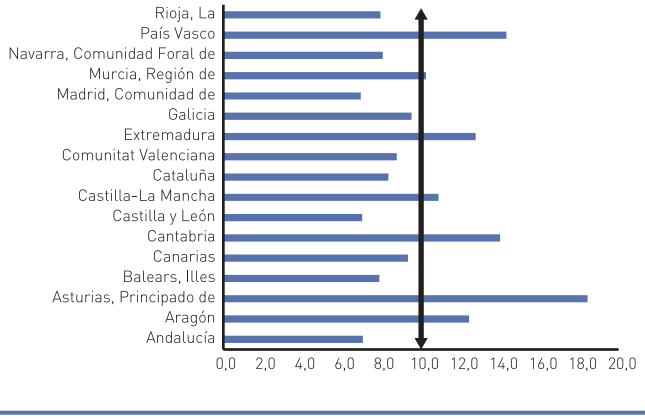
Frecuentación: ingresos por 100.000 habitantes y año. EM: estancia mediana. TBM: tasa bruta de mortalidad. Reingresos: reingresos dentro de los 30 días de dar el alta (enfermedades del aparato circulatorio). RAMER: razón de mortalidad estandarizada por riesgo (ajuste multinivel). RARER: razón de reingresos estandarizada por riesgo (ajuste multinivel). % CAR/total: porcentaje de las altas dadas por servicios de Cardiología sobre el total. No se incluyen en los estadísticos a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

22 Diferencias interterritoriales en la actividad clínica (2020)

CC.AA.	Cardiólogos* 1000.000 hab.	Camas* 100.000 hab.	% Camas N 2,3/Total	Frecuentación hospitalaria	Frec CE 1ª	Sucesivas primeras	Ecógrafos/ Millón hab.	Frec ECO
Andalucía	4,3	7,1	5,4%	3,9	20,5	1,2	8,8	20,4
Aragón	7,1	12,4	7,6%	5,6	18,2	1,8	20,4	20,6
Asturias, Principado de	6,8	18,4	16,9%	6,7	16,8	1,3	19,0	28,7
Balears, Illes	5,2	7,9	6,3%	4,0	11,6	2,2	14,6	21,6
Canarias	5,5	9,3	6,9%	4,0	20,5	1,3	15,4	30,1
Cantabria	6,9	14,0	24,5%	5,8	13,1	3,2	15,5	27,3
Castilla y León	4,6	7,0	9,8%	3,9	9,9	1,8	13,5	20,7
Castilla-La Mancha	5,8	10,9	13,2%	4,5	13,0	1,6	17,7	20,3
Cataluña	6,2	8,3	27,6%	3,9	7,1	3,4	11,3	20,0
Comunitat Valenciana	5,9	8,8	1,9%	5,2	22,2	1,9	14,6	19,3
Extremadura	7,2	12,8	13,3%	5,0	14,2	2,6	17,0	20,0
Galicia	5,6	9,5	17,1%	4,7	15,0	1,6	14,7	18,1
Madrid, Comunidad de	5,6	7,0	16,8%	3,6	17,5	2,0	18,8	30,5
Murcia, Región de	6,6	10,3	6,4%	4,6	16,2	1,8	21,8	35,0
Navarra, Comunidad Foral de	6,0	8,1	18,2%	3,4	16,9	0,8	10,4	20,7
País Vasco	8,0	14,3	13,2%	7,5	8,7	4,4	11,1	21,6
Rioja, La	5,1	8,0	0,0%	4,0	18,8	1,3	18,8	20,2
Promedio	6,0	10,2	12%	4,7	15,3	2,0	15,5	23,2
Mediana	5,9	9,3	13%	4,5	16,2	1,8	15,4	20,7
DE	1,0	3,2	8%	1,1	4,3	0,9	3,7	5,0
Min	4,3	7,0	0%	3,4	7,1	0,8	8,8	18,1
Max	8,0	18,4	28%	7,5	22,2	4,4	21,8	35,0

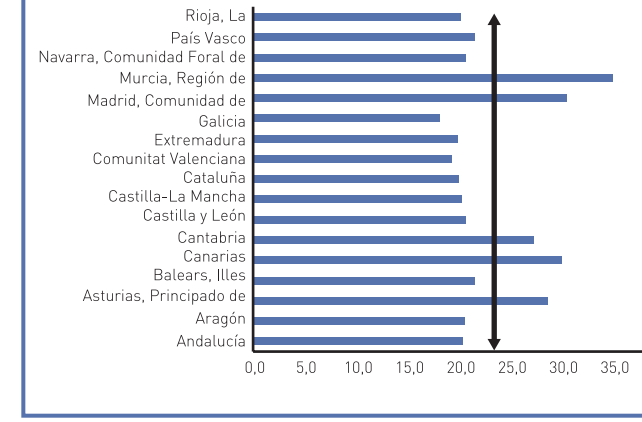
Encuesta RECALCAR 2021 (datos de unidades de 2020). Estadísticos calculados sobre los promedios de las CC.AA.
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

23 Oferta de camas de Cardiología, por 100.00 habitantes y por CC.AA.



Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

24 Frecuentación en ecocardiografía, por 100.000 habitantes y por CC.AA.



Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

25 Diferencias interterritoriales en Hemodinámica e Intervencionismo

CC.AA.	Pobl/Sala	Frec C. Diagnósticos	Frec. ICP	Frec. ICP-p	Frec. TAVI	Proc* Sala	Proc* Cardiólogo
Andalucía	265.578	287	152	32	75	1.205	759
Aragón	456.792	224	116	44	47	1.604	655
Asturias, Principado de	327.079	367	173	57	120	1.830	820
Balears, Illes	284.255	237	102	33	58	999	1.158
Canarias	258.289	320	190	54	114	1.365	854
Cantabria	291.398	300	143	48	156	1.346	519
Castilla y León	443.135	209	118	34	53	1.487	678
Castilla-La Mancha	327.343	291	162	59	110	1.563	907
Cataluña	415.211	223	111	42	79	1.451	688
Comunitat Valenciana	350.383	278	137	36	68	1.495	747
Extremadura	256.118	308	154	39	74	1.219	798
Galicia	300.120	359	154	39	151	1.615	861
Madrid, Comunidad de	309.068	217	93	29	94	1.025	573
Murcia, Región de	348.639	268	144	43	70	1.472	780
Navarra, Comunidad Foral de	660.887	223	127	42	74	2.397	791
País Vasco	287.750	270	143	37	44	1.213	528
Rioja, La	319.653	327	155	57	28	1.557	518
Promedio	347.159	277	140	43	83	1.461	743
Mediana	319.653	278	143	42	74	1.472	759
DE	100.919	50	26	9	36	325	164
Min	256.118	209	93	29	28	999	518
Max	660.887	367	190	59	156	2.397	1.158

Encuesta RECALCAR 2020 (datos de 2019).

Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

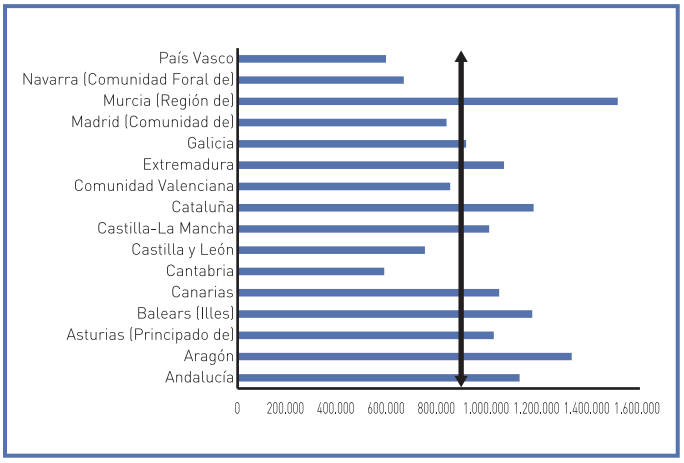


26 Angioplastia en el seno del infarto agudo de miocardio, por CC.AA. (2020)

CC.AA.	% ICP	Estancia (p50)	TBM	% reingreso	RAMER1
Andalucía	55,1	5	5,4	3,9	5,61
Aragón	62,7	8	3,6	4,0	4,37
Asturias (Principado de)	56,3	5	2,8	2,9	4,18
Balears (Illes)	58,0	5	1,9	4,3	3,35
Canarias	54,3	5	4,0	2,5	5,18
Cantabria	49,0	6	1,2	3,7	3,68
Castilla y León	46,6	5	7,7	4,0	5,94
Castilla-La Mancha	56,0	5	2,7	4,1	3,88
Cataluña	59,2	5	5,4	4,0	5,13
Comunidad Valenciana	60,3	5	4,7	3,9	5,36
Extremadura	47,9	6	3,8	3,3	4,87
Galicia	51,8	5	5,3	4,1	5,62
Madrid (Comunidad de)	62,3	4	4,4	5,5	4,53
Murcia (Región de)	51,1	6	4,9	7,5	5,12
Navarra (Comunidad Foral de)	57,7	6	4,6	2,7	6,60
Pais Vasco	61,5	6	5,9	3,9	5,56
Rioja (La)	39,9	7	6,3	1,4	6,45
Ceuta	45,2	7	0,0	7,1	4,61
Melilla	-	-	-	-	-
Promedio	54,7	5,5	4,4	3,9	5,02
DE	6,3	0,9	1,6	1,3	0,93
min	40	4	1	1	3,35
max	63	8	8	8	6,60
p50	56,0	5,0	4,6	3,9	5,13
p25	51,1	5,0	3,6	3,3	4,37
p75	59,2	6,0	5,4	4,1	5,61

.Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

27 Distribución de la oferta de Cirugía Cardiaca (habitantes por servicio), por CC.AA. (2020)



Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

28 Distribución de las Unidades del Corazón por tipologías

CC.AA.	Nº unidades Encuesta	%/UC	Pobl. Área*	Camas Hosp*	Cardiólogos/ UC*	Camas/ UC*	% N 2 y 3/ Total
1	29	23,4%	139.459 ± 51.964	241 ± 96	5,3 ± 2,3	10,4 ± 4,8	
2	19	15,3%	239.452 ± 67.599	386 ± 120	11 ± 4	19 ± 7	
3	29	23,4%	340.375 ± 121.839	586 ± 201	18±4	10 ± 8	8%
4	43	34,7%	477.129 ± 219.564	812 ± 275	28 ± 7	46 ± 17	19%
5	4	3,2%	202.750 ± 48.342	293 ± 46	9 ± 3		

Los datos se expresan como promedios + DS.
UC: Unidades del corazón. Pobl.: número de habitantes en el área de influencia del hospital: % N 2 y 3 / Total: porcentaje de camas de cuidados críticos (niveles de cuidados 2 y 3) sobre el total de camas asignadas a la UC.
**Diferencias entre grupos < 0,001.*
Fuente: Registro RECALCAR. Recursos y Calidad en Oncología. 2021. Sociedad Española de Cardiología (SEC) e Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).





Impacto *posi+ivo*

en la atención al paciente

Trabajamos día a día para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, ofreciendo protección, desde niños hasta abuelos.

Alimentación y Salud

Síguenos en:

Web: bayer.es
Ivoox: Bayer Contigo
@bayerespanaoficial
@BayerEspana
Bayer España
Bayer

Salud y alimentación para todos

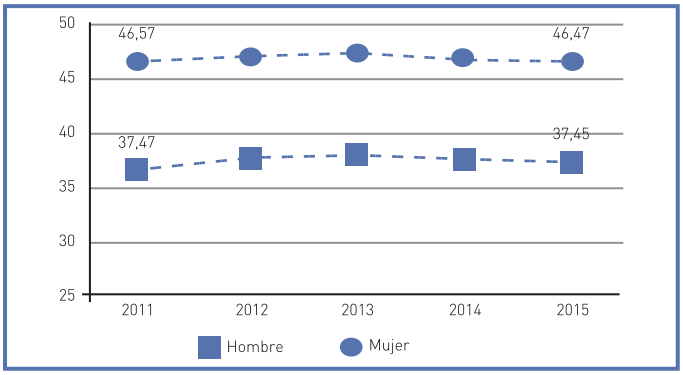
1 Principales enfermedades crónicas o de larga evolución (2020)

	Hombres	Mujeres
Tensión alta	19,0	19,1
Colesterol alto	15,5	15,1
Dolor de espalda crónico (lumbar)	10,1	17,1
Alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo	9,2	12,4
Artrosis (excluyendo artritis)	8,7	19,7
Diabetes	8,2	6,9
Dolor de espalda crónico (cervical)	7,0	15,5
Otras enfermedades del corazón	4,1	4,1
Varices en las piernas	3,7	11,2
Ansiedad crónica	3,5	8,1

Porcentaje.

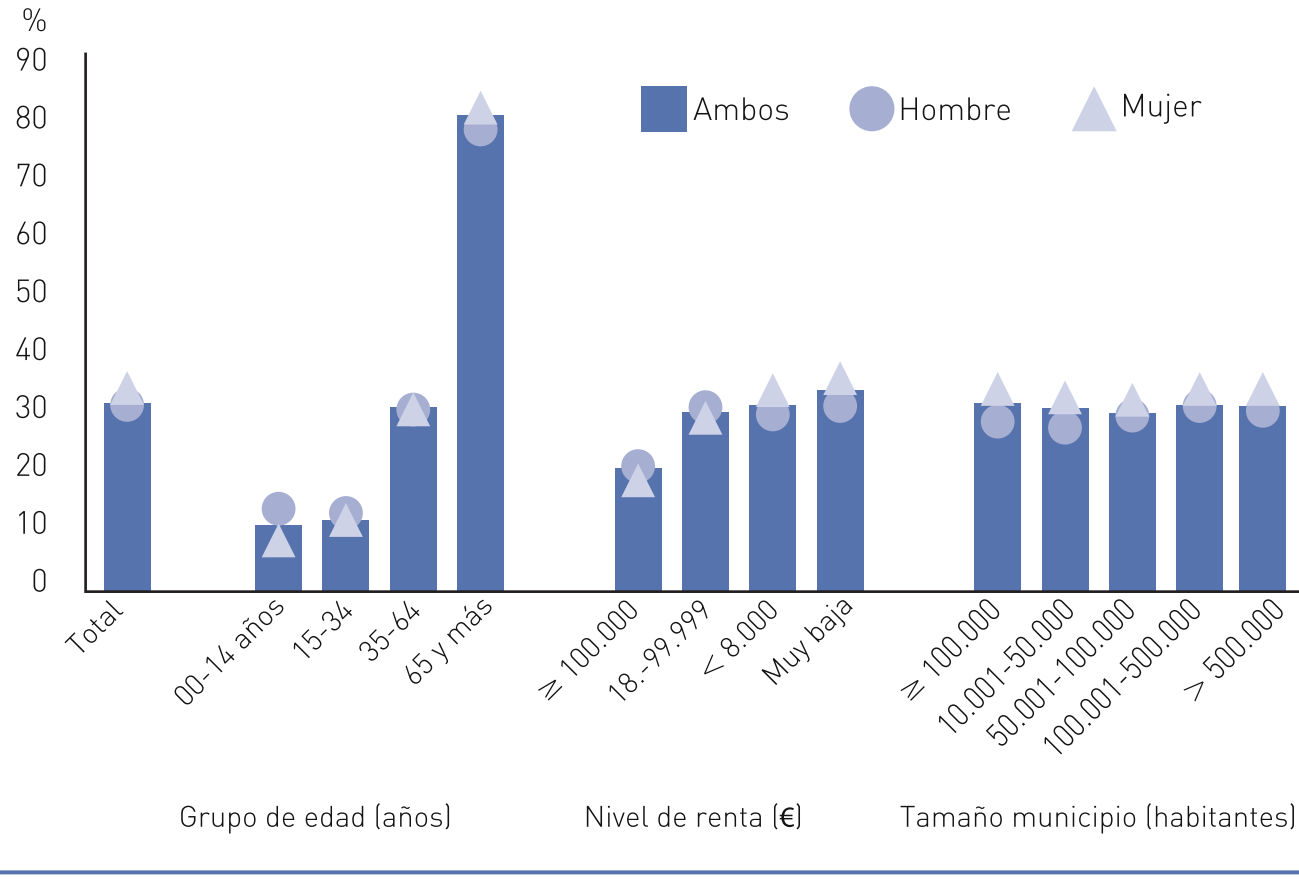
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España, 2020. Instituto Nacional de Estadística (INE)-Ministerio de Sanidad.

3 Porcentaje de estancias (días) hospitalarias por enfermedades crónicas por sexo (2011-2015)



Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.

2 Prevalencia de personas con al menos una enfermedad crónica registradas en Atención Primaria

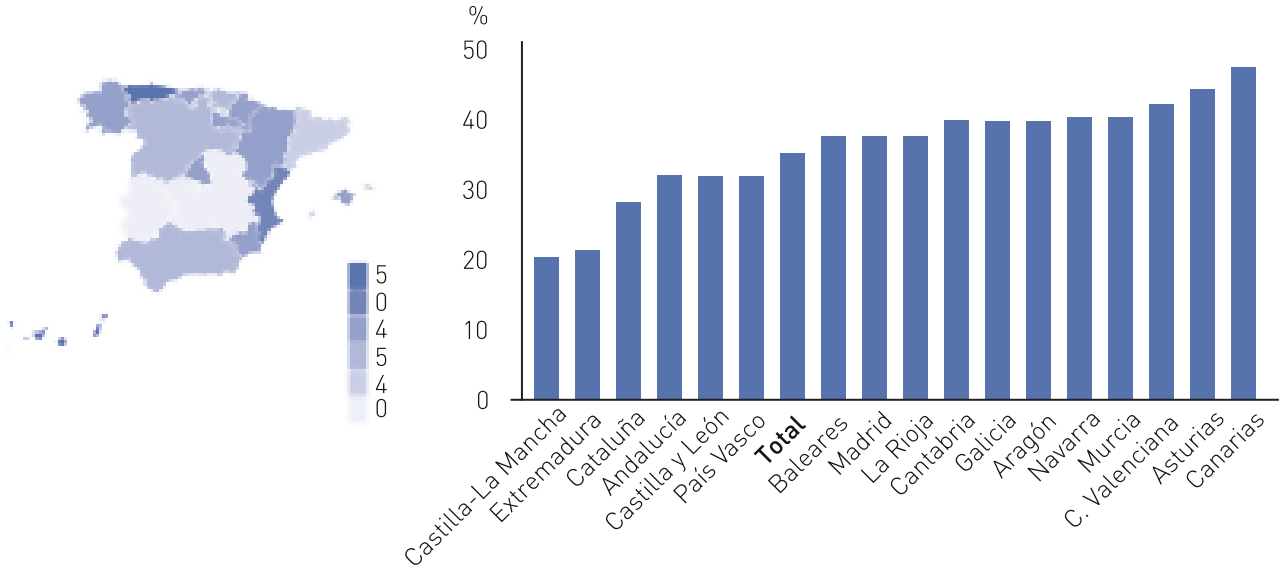


Porcentaje.

Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.

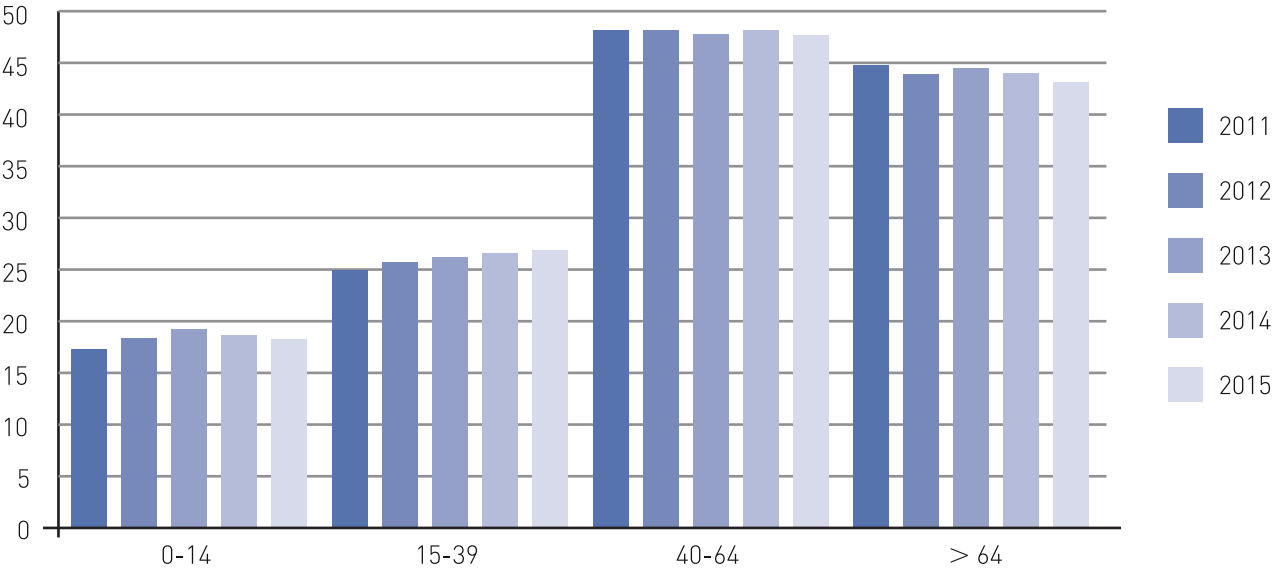


4 Prevalencia de personas con enfermedad crónica registradas en Atención Primaria, por CC.AA. (2016)



Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.

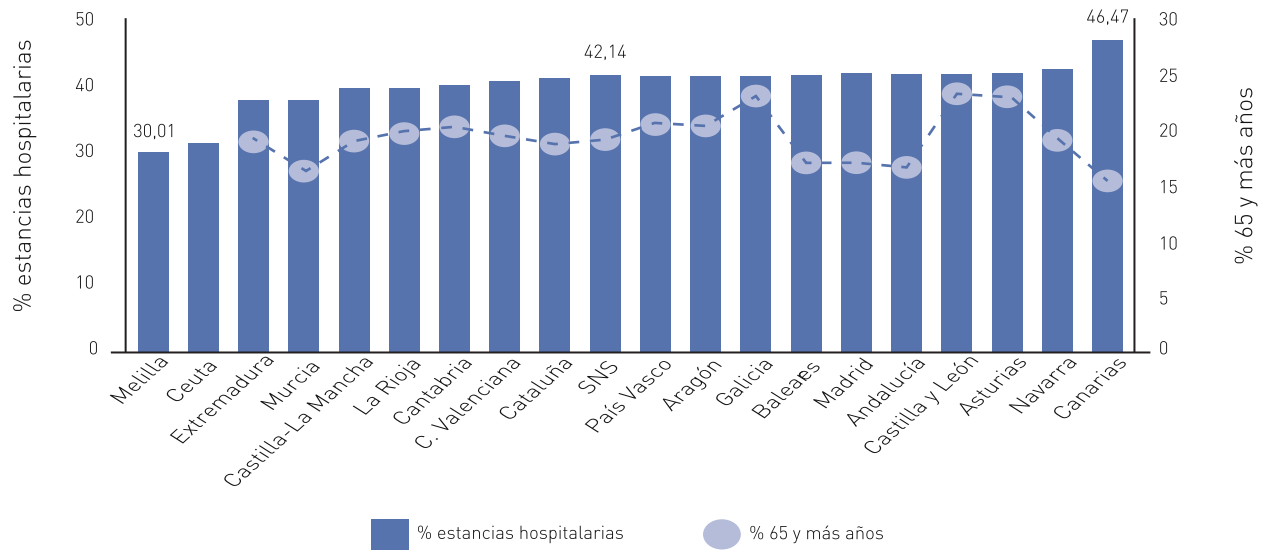
5 Porcentaje de estancias (días) hospitalarias por enfermedades crónicas por edad (2011-2015)



Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.



6 Porcentaje de estancias hospitalarias por enfermedades crónicas, según CC.AA. (2015)



Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.

7 Estancia media por enfermedades crónicas por sexo (2011-2015)

	2011	2012	2013	2014	2015
Hombre	9,05	8,90	8,72	8,68	8,66
Mujer	9,01	8,82	8,62	8,55	8,50
Total Altas	**9,03**	**8,87**	**8,67**	**8,62**	**8,59**

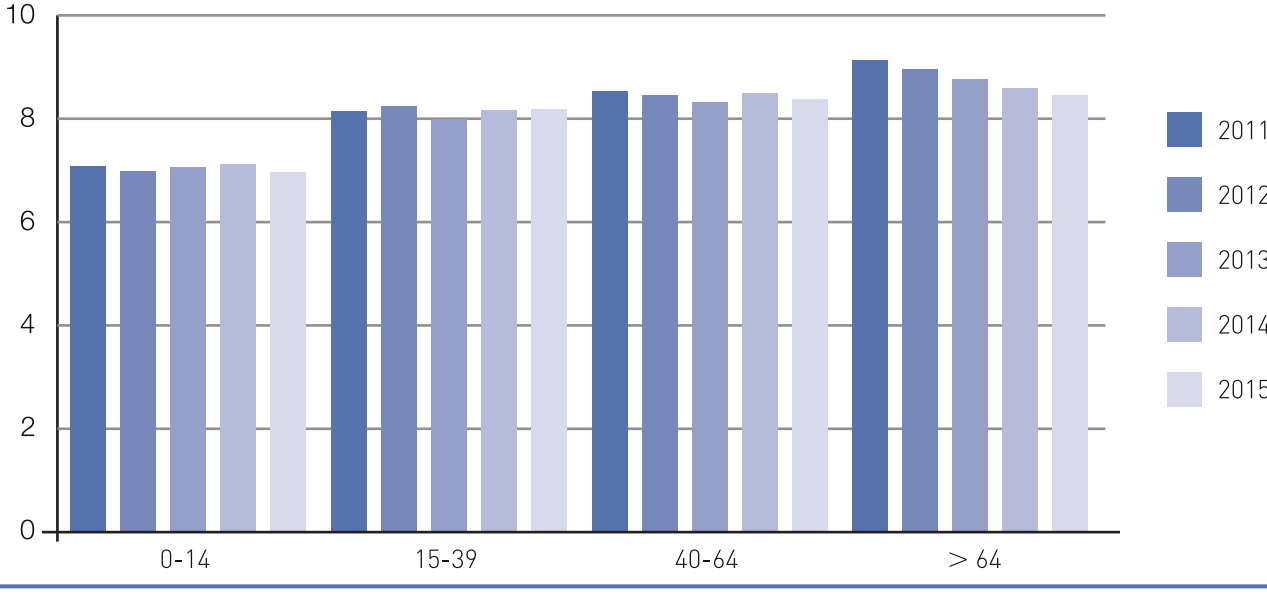
Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.

9 Porcentaje de reingresos de pacientes por enfermedades crónicas por sexo (2011-2015)

	2011	2012	2013	2014	2015
Hombre	10,37	10,35	10,32	10,43	10,63
Mujer	8,78	8,74	8,78	8,85	9,10
Total Altas	**9,69**	**9,66**	**9,65**	**9,75**	**9,97**

Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.

8 Evolución de la estancia media hospitalaria por enfermedades crónicas y edad (2011-2015)



Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad. 2021.





Desde hace más de un siglo, para MSD la vida es lo primero.

Durante 130 años nos hemos enfrentado a enfermedades que suponen un gran desafío a nivel mundial, dando esperanza a las personas y protegiendo también la salud de los animales. Hoy, aspiramos a ser la principal biofarmacéutica en investigación intensiva del mundo. Este compromiso nos impulsa a la búsqueda constante de avances médicos que beneficien a los pacientes y a la sociedad del presente y futuro.

Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/ Josefa Valcárcel, 38 · 28027 Madrid. www.msd.es
Copyright © 2022 Merck & Dohme C., Inc., Rahway, NJ, USA y sus filiales.
Todos los derechos reservados.

MSD

1 Prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria (2019)

	2020	2019	2018
Fibromas	41	12,89	9,65-17,02
Queratosis seborreicas	40	12,57	9,37-16,68
Dermatomicosis	27	8,49	5,90-12,07
Nevos rubí	20	6,28	4,11-9,51
Otras enfermedades de la piel[a]	17	5,34	3,36-7,64
Queratosis actínicas	15	4,71	2,88-7,64
Nevus/lunar. Papulosos	15	4,71	2,88-7,64
Dermatitis seborreica	14	4,40	2,64-7,25
Dermatitis de contacto/alérgica	13	4,08	2,40-6,87
Acné	11	3,45	1,94-6,09
Dermatofibroma	10	3,14	1,72-5,69
Neurodermatitis	10	3,14	1,72-5,69
Quiste epidérmico	10	3,14	1,72-5,69
Cambios en el color de la piel	9	2,83	1,50-5,29
Psoriasis	8	2,51	1,28-4,88
Enfermedades de la boca	8	2,51	1,28-4,88
Máculas melánicas	6	1,88	0,87-4,05
Rosácea	6	1,88	0,87-4,05
Lesiones en mama	6	1,88	0,87-4,05
Prurito	5	1,57	0,67-3,63
Verrugas	5	1,57	0,67-3,63
Malformaciones vasculares	5	1,57	0,67-3,63
Lipoma	4	1,25	0,49-3,19
Dermatitis/eccema atópico	4	1,25	0,49-3,19
Signos/síntomas de las uñas	2	0,62	0,17-2,26
Carcinoma basocelular	2	0,62	0,17-2,26
Enf. glándulas sudoríparas	2	0,62	0,17-2,26
Carcinoma epidermoide	1	0,31	0,06-0,17
Calvicie/caída del pelo	1	0,31	0,06-0,17
Fotosensibilidad	1	0,31	0,06-0,17
Moluscos contagiosos	1	0,31	0,06-0,17
Total	**318**	**100**	

[a]Alopecia areata, adermatoglifia, coiloniquia, comedón gigante, hirsutismo, liquen escleroso, fotosensibilidad por alprazolam, hiposudoresis, comedón gigante, queloide, leucoplasia oral, acantosis nigricans, queratosis folicular, queratodermia plantar, ginecomastia, mama supernumeraria, enfermedad de Fordyce, prurito vulvar, dermopatia pretibial.

Fuente: Prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN 47 (2021) 434-40.

2 Patologías agregadas en Dermatología (2019)

	n	%	IC 95%
Tumores benignos	95	29,87	25,11-35,12
Dermatosis	39	12,26	9,10-16,33
Micosis	27	8,49	5,90-12,07
Vasculares	25	7,86	5,38-11,35
Melánicas	21	6,60	4,36-9,88
Actínicas	16	5,03	3,12-8,02
Prurito	15	4,72	2,88-7,64
Acné	11	3,46	1,94-6,09
Quistes	10	3,14	1,72-6,69
Color	9	2,83	1,84-2,16
Virosis	6	1,89	0,87-4,05
Tumores malignos	3	0,94	0,32-2,74
Otras	42	13,21	9,92-17,37
Total	**318**	**100**	**98,81-100**

Fuente: Prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN 47 (2021) 434-40.SEMERGEN 47 (2021) 434-40.

3 Variables clínicas relacionadas con la Dermatología en Atención Primaria (2019)

	n	%
Medios diagnósticos	95	29,87
Examen físico	276	90,49
Análisis clínicos	3	0,98
Anatomía patológica	18	5,90
Derivación	5	1,64
Rechaza pruebas	3	0,98
Diagnóstico previo	62	20,32
Tratamiento	11	3,46
No precisa	206	67,54
Autocuidados	17	5,57
Medicina de familia	66	21,64
Derivación	12	3,93
Rechaza tratamiento	4	1,31
Seguimiento	86	28,19

Fuente: Prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN 47 (2021) 434-40.



4 Frecuencia de los diagnósticos dermatológicos en Atención Primaria (2019)

Diagnósticos	Número	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%
Dermatofitosis y dermatomicosis	57	14,4	10,97-17,90
D. de contacto	45	11,4	8,26-14,53
Acné	34	8,6	5,84-11,37
D. seborreica	28	7,1	4,56-9,62
Verrugas comunes	22	5,6	3,31-7,83
Enf. Gland. Sudoríparas	22	5,6	3,31-7,83
Urticaria	21	5,3	3,10-7,53
Prurito y estados afines	13	3,3	1,53-5,05
Neoplasias benignas	12	3,0	1,35-4,73
Psoriasis	11	2,8	1,16-4,41
Verrugas seniles	11	2,8	1,16-4,41
Neoplasias malignas	10	2,5	0,98-4,08
Quiste sebáceo	10	2,5	0,98-4,08
Herpes simple	9	2,3	0,81-3,75
Nevus sebáceo	9	2,3	0,81-3,75
Otros	81	20,5	16,52-24,49

Fuente: Epidemiología de las Enfermedades Dermatológicas en Atención Primaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cazoña. Santander.

5 Diagnósticos más frecuentes en la patología derivada al dermatólogo de referencia

Diagnóstico	Interconsulta P10	Interconsulta fotografía	TOTAL	
			Núm.	%
Dermatitis contacto	8	10	18	24
Neoplasias malignas	10	0	10	13
Dermatitis seborreica	1	5	6	8
Enf. Gland. Sudoríparas	2	3	5	6
Neoplasias benignas	1	2	3	4
Urticaria	1	2	3	4
Verrugas	2	1	3	4
Otros	8	20	28	37
Total	**33**	**43**	**76**	**100**

Fuente: Epidemiología de las Enfermedades Dermatológicas en Atención Primaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cazoña. Santander.



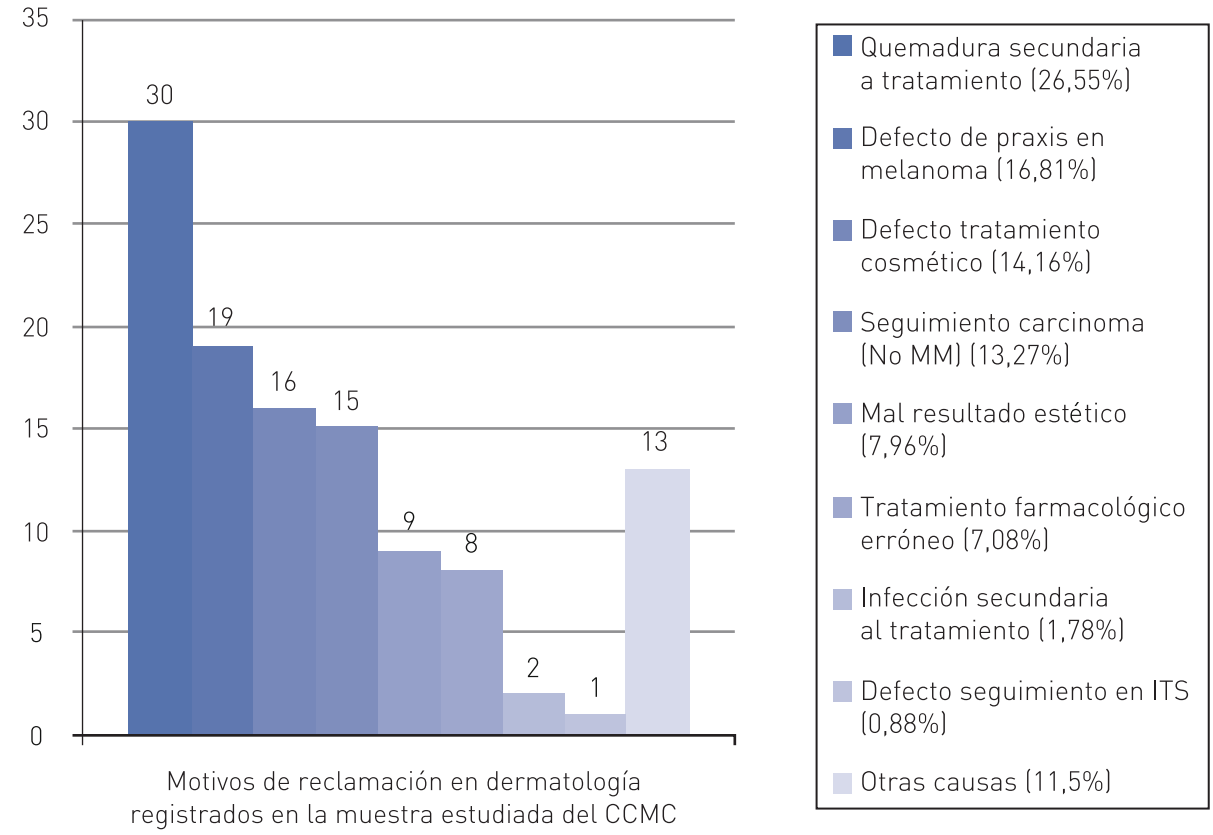
6 Categorías diagnósticas según perfil profesional de las lesiones cutáneas más frecuentes en niños de 0-14 años atendidos en el CAP

Diagnóstico	Enfermera de familia y comunitaria	Médico de familia y comunitario	Pediatra	Total
Infecciones bacterianas	3	4	192	199
Infecciones víricas	53	10	233	299
Infecciones micóticas o dermomicosis	12	1	178	181
Lesiones irritativas de la piel	53	2	269	324
Lesiones urticariformes	3	5	87	95
Alteraciones de la pigmentación	2	0	2	4
Lesiones vasculares	8	0	5	13
Trastornos de las glándulas sudoríparas	0	0	27	27
Lesiones por pérdida de integridad cutánea	54	7	114	175
Otros trastornos de la piel y tejido subcutáneo	24	5	122	151
Total	**212**	**34**	**1.226**	**1.472**

CAP: Centro de Atención Primaria.
Fuente: Incidencia y diagnóstico de lesiones dermatológicas en usuarios de 0-14 años en un centro de Atención Primaria urbano. AP Can Bou. Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP). Castelldefels. Barcelona.



7 Motivos de reclamación en Dermatología (2019)



Dermatología y sus aspectos médico-legales: seguridad clínica y Dermatología. Motivos de reclamación en Dermatología registrados en la muestra estudiada del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) (n = 113).
Fuente: Servicio de Responsabilidad Profesional del CCMC, 2019.

Novartis España



Reimaginando la medicina

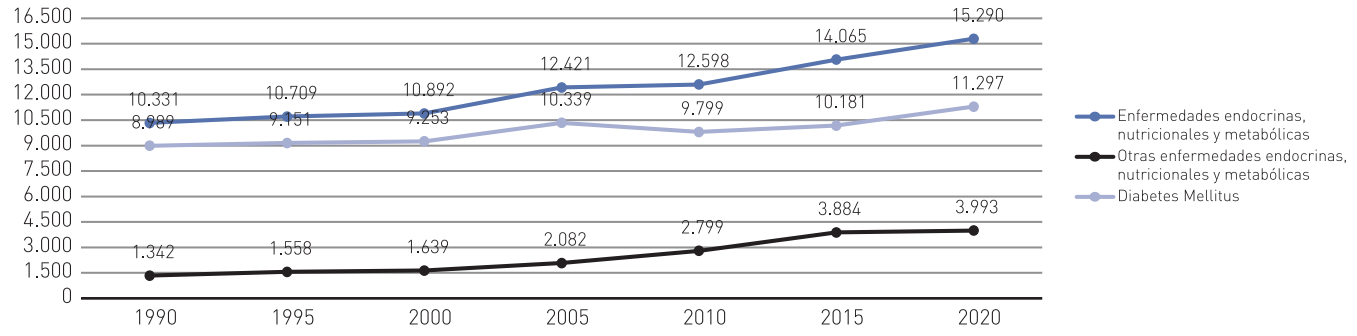
Innovación | Transformación digital
Compromiso social | Sostenibilidad | Integridad

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

NOVARTIS | Reimagining Medicine

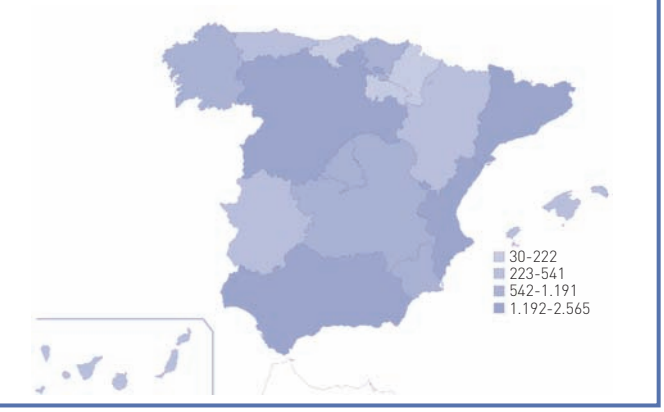
2103182772

1 Número de muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y por diabetes (1980-2020)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2022.

2 Número de muertes registradas por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (2020)



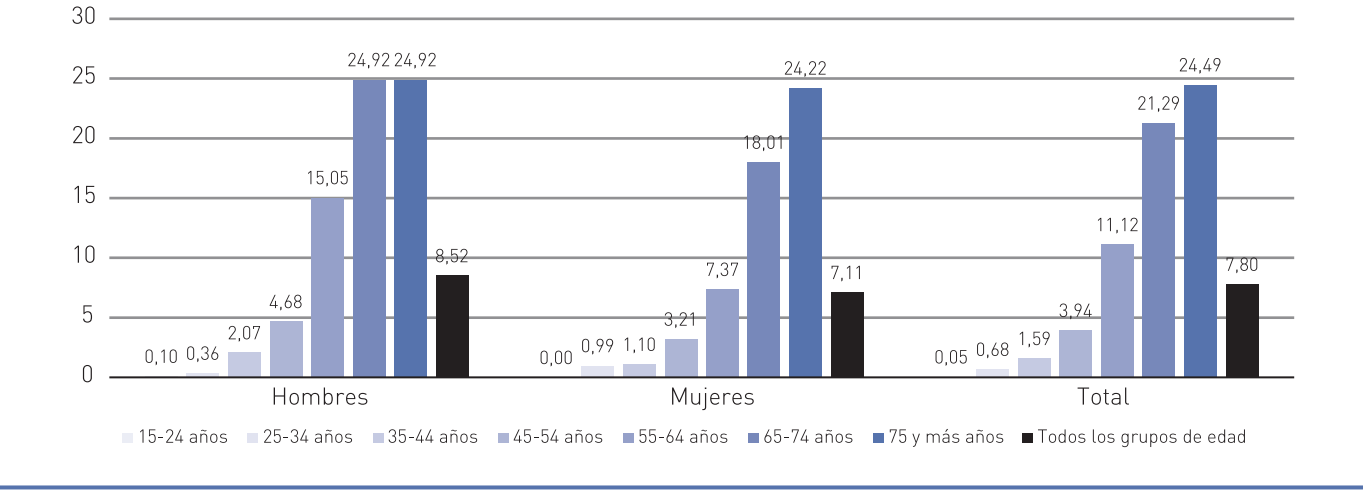
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2022.

3 Número de muertes registradas por diabetes (2020)



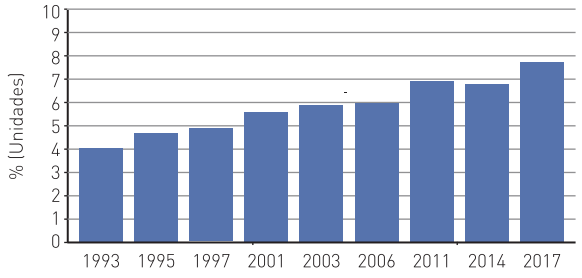
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2022.

4 Porcentaje de la población española con diabetes por grupos de edad (2017)



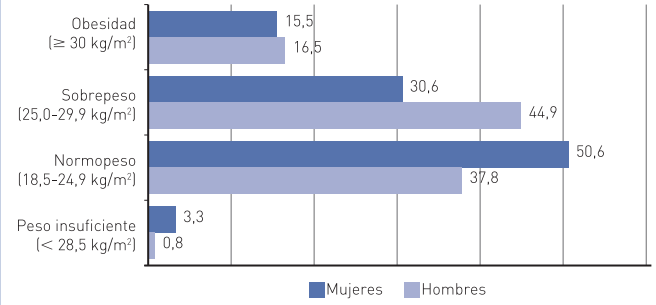
Datos actualizados el 9 de diciembre de 2021.
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad.

5 Evolución de la población con diabetes en España (1993-2017)



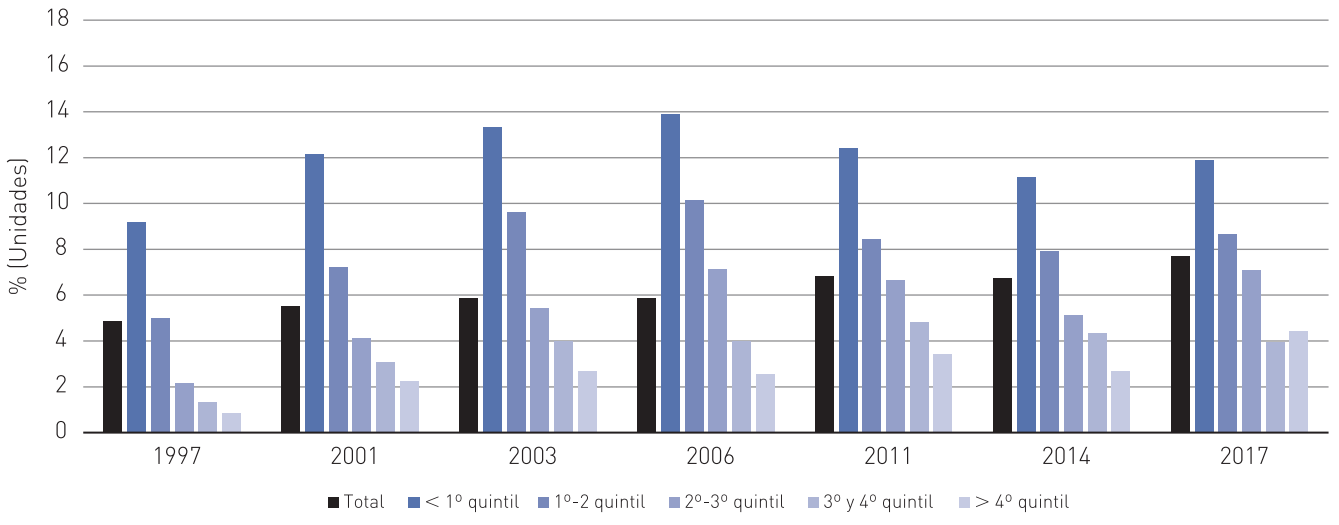
Población con diabetes (%). Datos actualizados el 9 de diciembre de 2021
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad.

7 Índice de masa corporal según grupos de edad (2020)



% población de 18 y más años.
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Sanidad.

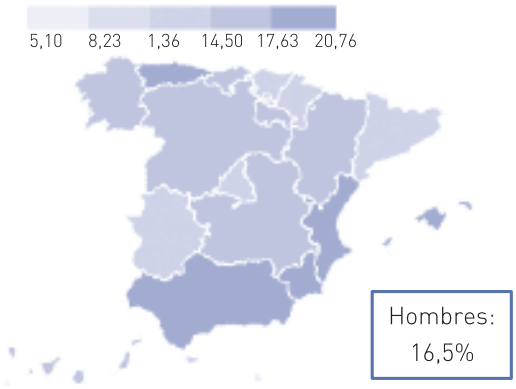
6 Porcentaje de población con diabetes por nivel de ingresos del hogar (1997-2017)

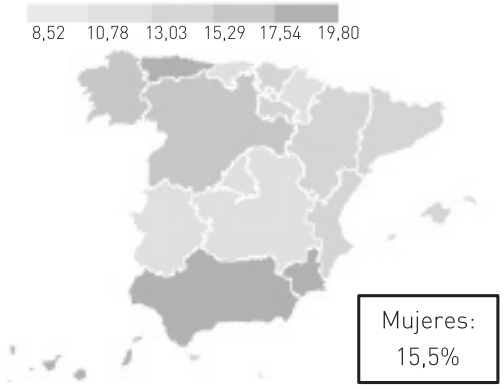


Datos actualizados el 9 de diciembre de 2021
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad.



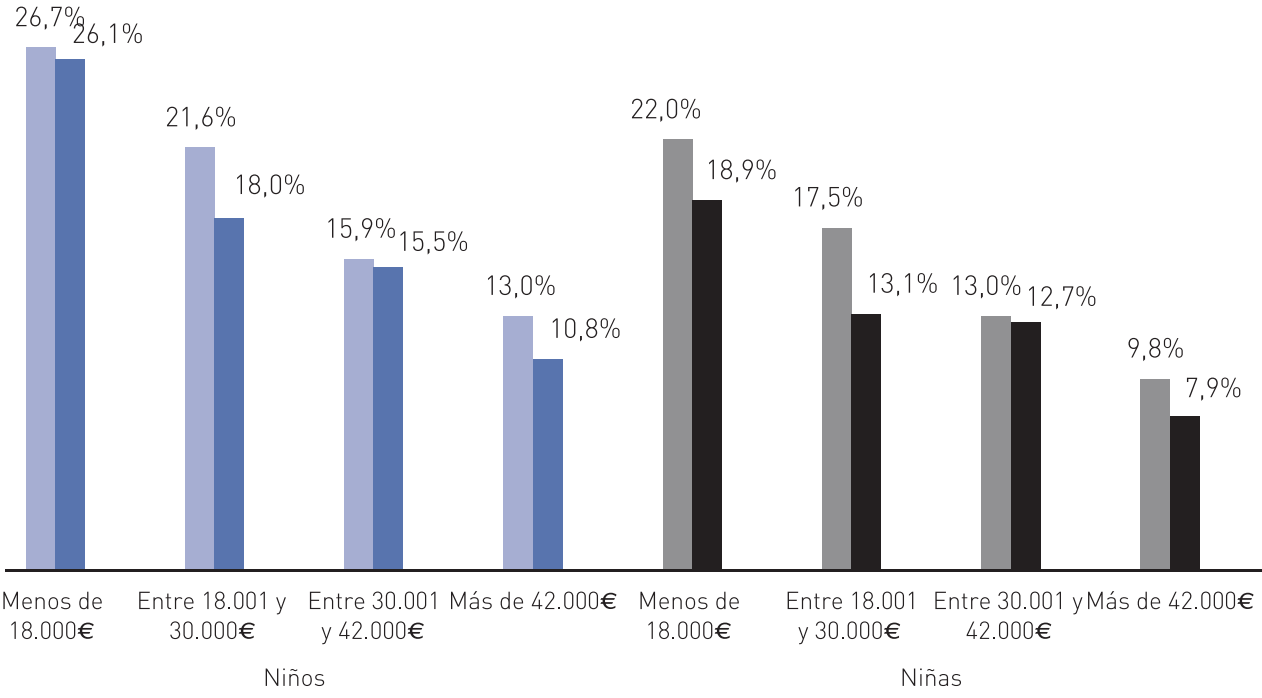
8 Prevalencia de obesidad en la población adulta (18 y más años), según sexo y CC.AA. (2020)





Datos del Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (EESE).
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad, 2022.

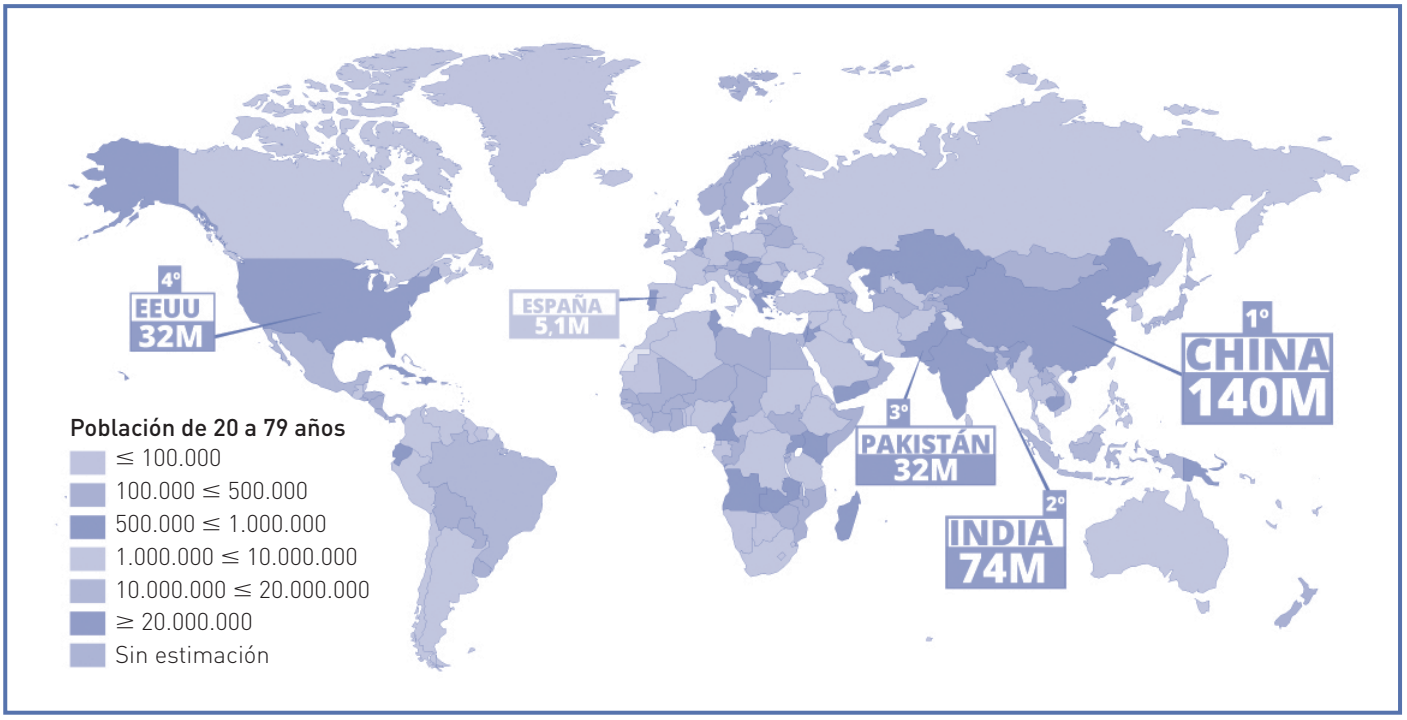
9 Prevalencia de obesidad de los escolares según tipo de comedor escolar y renta anual del hogar (2019)



Fuente: Obesidad y pobreza infantil. Radiografía de una doble desigualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. 2022.



10 Población con diabetes en el mundo



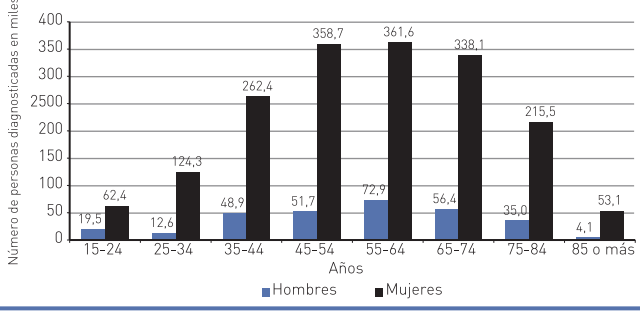
Fuente: Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (FID).

11 Diagnósticos que motivaron el tratamiento con hormona de crecimiento por talla baja

Diagnóstico	n (% del total)	% con respecto al nivel superior
Deficiencia de GH	989 (78,1)	
Idiopática	875 (69,1)	(88,5)
Clásica	827 (65,3)	(94,5)
Disfunción neurosecretora	44 (3,5)	(5,0)
Orgánica	114 (9,0)	(11,5)
Adquirida	28 (2,2)	(24,6)
Tumor intracraneal[a]	20 (1,6)	(71,4)
Otro	8 (0,6)	(28,6)
Congénita	86 (6,8)	(75,4)
Desarrollo hipofisario anómalo[b]	72 (5,7)	(83,7)
Síndromes clínicos[c]	7 (0,6)	(8,1)
Alteración genética	1 (0,1)	(1,2)
Otras malformaciones del SNC	3 (0,2)	(3,5)
Pequeño para su edad gestacional	138 (10,9)	
Causa desconocida	132 (10,4)	(95,7)
Causa conocida[d]	5 (0,4)	(3,6)
Síndromes por deficiencia de SHOX	73 (5,8)	
Síndrome de Turner	52 (4,1)	(71,2)
Síndrome de Léri-Weill	15 (1,2)	(20,5)
Otro	6 (0,5)	(8,2)
Otras causas de talla baja o crecimiento lineal reducido	29 (2,3)	
Alteración genética	8 (0,6)	(27,6)
Otro[e]	21 (1,7)	(72,4)
Otros defectos del eje de GH	22 (1,7)	
GH bioinactiva	20 (1,6)	(90,9)
Otro	2 (0,2)	(9,1)
Talla baja idiopática	12 (0,9)	
Displasia esquelética	4 (0,3)	

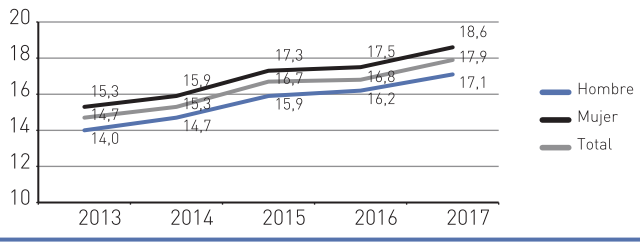
n = 1.267 niños tratados con hormona de crecimiento (GH).
Fuente: Seguridad y efectividad del tratamiento con hormona de crecimiento: estudio GeNeSIS en España.

12 Distribución del número de personas diagnosticadas con problemas de tiroides (2017)



Cifras en miles.
Fuente: Ministerio de Sanidad.

13 Prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico en Atención Primaria por cada 100 personas asignadas (2013-2017)



Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).
Fuente: Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad 2022.

14 Características basales de los pacientes con deficiencia de hormona de crecimiento

Características basales	Grupo sin tratamiento previo con GH y con datos de seguimiento a 4 años N = 262[a]			Grupo con datos de talla final y con o sin tratamiento previo con GH N = 253[b]		
	n	Media ± DE	IC al 95%	n	Media ± DE	IC al 95%
Edad (años)	262	9,8 ± 3,1	9,4 a 10,2	253	11,7 ± 2,5	11,4 a 12,0
SDS de la talla	262	−2,48 ± 0,80	−2,58 a −2,38	253	−2,43 ± 0,67	−2,51 a −2,35
Velocidad de crecimiento (cm/año)	201	4,3 ± 1,6	4,1 a 4,6	202	4,4 ± 1,6	4,2 a 4,7
SDS de la velocidad del crecimiento	199	−1,26 ± 1,52	−1,48 a −1,05	199	−0,95 ± 1,26	−1,13 a −0,77
Peso (en kg)	260	26,7 ± 9,5	25,6 a 27,9	249	33,2 ± 10,4	31,9 a 34,5
SDS del índice de masa corporal	259	−0,30 ± 1,56	−0,49 a −0,11	249	0,03 ± 1,41	−0,15 a 0,20
SDS de la edad ósea	191	−2,55 ± 1,21	−2,72 a −2,37	197	−2,08 ± 1,16	−2,25 a −1,92
SDS de la talla diana	250	−0,97 ± 0,73	−1,07 a −0,88	241	−1,12 ± 0,75	−1,22 a −1,03
SDS de la talla-SDS de la talla diana	250	−1,51 ± 0,96	−1,63 a −1,39	241	−1,33 ± 0,84	−1,43 a −1,22
Pico máximo de la GH (µg/l)	261	6,90[c]	4,30 a −9,05[d]	252	7,00[c]	4,60 a 9,20[d]
Dosis de la GH (mg/kg/semana)	255	0,22 ± 0,04	0,21 a 0,22	248	0,21 ± 0,04	0,20 a 0,21

n = 1.267 niños tratados con hormona de crecimiento (GH). a: 167 varones, 95 mujeres. b: 117 varones, 136 mujeres. c: Mediana. d: Q1-Q3. SDS: puntuación de desviación estándar. Características basales de los pacientes con deficiencia de GH que no habían recibido tratamiento con GH al inicio del estudio y recibieron GH durante al menos 4 años y una cohorte con o sin tratamiento previo con GH al inicio del estudio y con información de la talla final

Fuente: Seguridad y efectividad del tratamiento con hormona de crecimiento: estudio GeNeSIS en España.

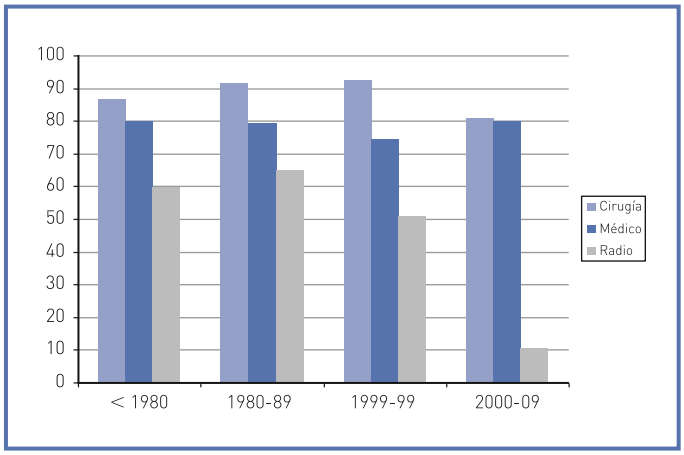
15 Epidemiología de la acromegalia en España

- Prevalencia: alrededor de 60 casos por millón de habitantes.
- Máximo de diagnósticos: edad media de la vida.
- Sexo: mujeres 61% y hombres 39.
- Tratamiento principal: cirugía, más del 80% de los pacientes.
- Fármacos más utilizados: análogos de la somatostatina (SSA), alrededor del 85% de los pacientes.
- Tratamiento médico como terapia exclusiva: un 12-15% de pacientes.
- Curación quirúrgica: 38,4% de pacientes.
- Segunda línea de tratamiento tras el fracaso quirúrgico:
  - SSA: 49%.
  - Reintervención: 27%.
  - Radioterapia: 11%.
  - Peg-visomant: 15%.
  - Agonistas dopaminérgicos: 5%.

Fuente: Registro español de acromegalia (REA). Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).



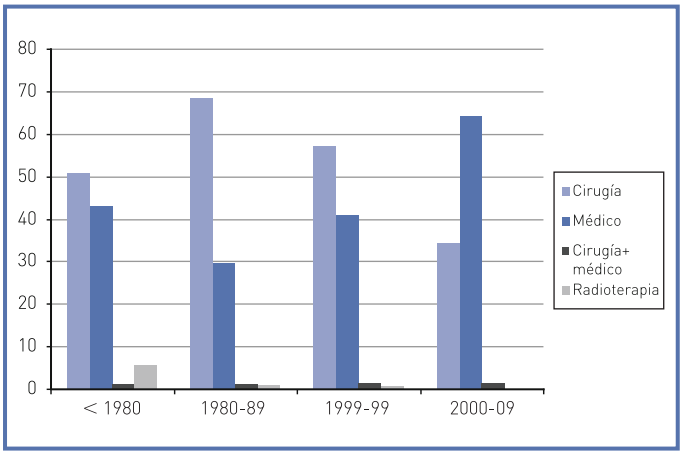
16 Tipos de tratamientos recibidos para la acromegalia según la década de diagnóstico (%)



Radio: radioterapia.

Fuente: Registro español de acromegalia (REA). Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

17 Primer tratamiento recibido (%) para la acromegalia según la década de diagnóstico



El tratamiento médico incluye tanto tratamientos prequirúrgicos como médicos primarios.

Fuente: Registro español de acromegalia (REA). Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).



Maria Kazakou es investigadora científica enfocada en el desarrollo de formulaciones orales, Måløv, Dinamarca.

Impulsando el cambio a través de la innovación

Nos esforzamos por marcar la diferencia en la vida de las personas con diabetes, obesidad, enfermedades raras y trastornos endocrinos, entre otras enfermedades crónicas como la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), la enfermedad cardiovascular y la enfermedad de Alzheimer. Nuestros esfuerzos provienen de inversiones a largo plazo en nuevos tratamientos y tecnologías, y en el desarrollo de dispositivos médicos y soluciones digitales innovadoras aplicadas a la salud.

Descubre cómo estamos impulsando el cambio juntos en novonordisk.es

novo nordisk®

NOSOTROS NOS CENTRAMOS EN ESTO



novavax
Creating tomorrow's vaccines today.

En Novavax, nos centramos en desarrollar vacunas para enfermedades como la COVID-19, el SARS y la gripe estacional, para que sus pacientes puedan centrarse en lo que más importa.

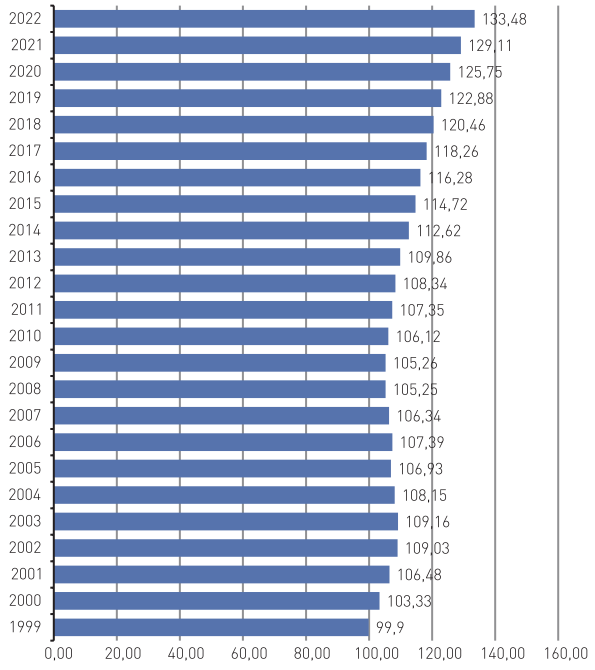
PARA QUE ELLOS PUEDAN CENTRARSE EN ESTO



Obtenga más información en **es.KnowOurVax.com/progress**
o llame al +34 991 98 60 80

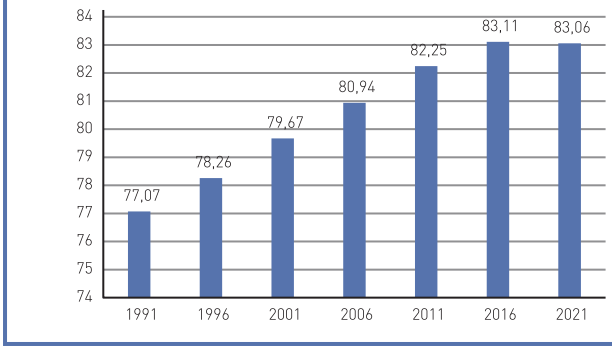
©Novavax, Inc. (2022). COM-ES-COV-2100006 01/22

1 Evolución del índice de envejecimiento en España (1999-2022)



Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).
Fuente: Fundación Adecco, 2022.

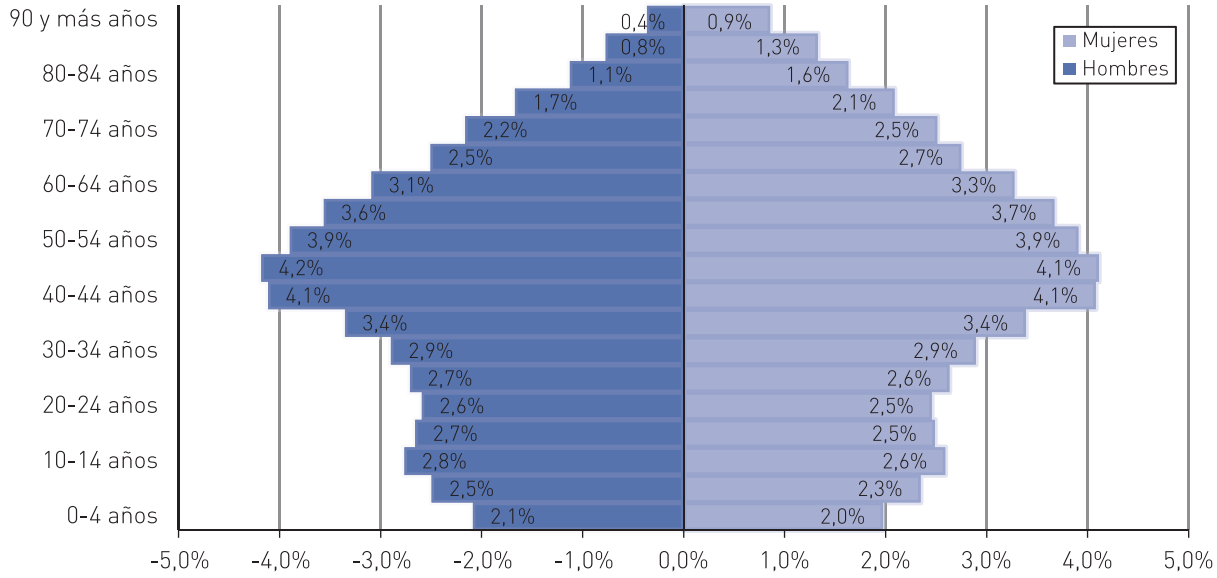
3 Evolución de la esperanza de vida en España (1991-2021)



Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).
Fuente: Fundación Adecco, 2022.



2 Pirámide poblacional y envejecimiento progresivo de la población española (2021)



Los datos se corresponden con la población residente a 1 de enero de cada año.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras de Población.

4 Índice de envejecimiento por CC.AA. (2022-2021)

	2022	2021
Asturias, Principado de	240,0	231,1
Galicia	213,5	207,3
Castilla y León	211,4	204,4
Cantabria	173,0	165,5
País Vasco	164,1	158,5
Extremadura	152,0	147,5
Aragón	151,6	147,8
La Rioja	145,2	141,3
Canarias	133,9	126,2
Comunidad Valenciana	132,7	129,1
Navarra	128,1	124,3
Cataluña	123,8	120,1
Castilla-La Mancha	123,6	120,2
Comunidad de Madrid	117,7	113,5
Andalucía	111,8	107,9
Baleares	108,9	105,7
Murcia	92,6	90,4
Ceuta	65,5	61,7
Melilla	48,9	46,3
Total Nacional	**133,5**	**129,2**

Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).
Fuente: Fundación Adecco, 2022.

5 Dependencia en el anciano

	%
Total dependientes	28,1
Dependencia leve	13,6
Dependencia grave	8,7
Dependencia severa	3,7

Fuente: Dependencias en el anciano. Dr. Julio Nemerovsky, geriatra.



6 Principales síndromes geriátricos

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	> 90
Deterioro cognitivo	3,4	4,3	6,0	9,9	18,1	31,6
Caídas	6,0	7,2	9,1	13,0	19,6	21,9
Incontinencia	9,3	10,0	12,8	15,3	20,8	26,7
Desnutrición	1,3	1,5	3,1	3,6	6,4	12,0
Mareo	10,3	10,6	14,1	16,7	21,8	17,9
Alteración visión	4,6	6,0	6,5	11,5	16,9	22,8
Alteración audición	18,8	20,5	26,9	33,0	36,6	51,6

Fuente: Dependencias en el anciano. Dr. Julio Nemerovsky, geriatra.

7 Principales síndromes geriátricos y dependencia

	Baño	Vestido	Comida	Trasferencia
Deterioro cognitivo	41/4,4	35,2/4,2	23,5/6,1	22,4/5,6
Caídas	17,8/1,4	15,4/1,3	7,7/1	9,4/1,6
Incontinencia	20,5/2	19,2/2,3	10,2/2,1	11,2/2,8
Desnutrición	23,7/1,6	16,1/1,2	12,9/1,6	9,5/1,2
Mareo	13,5/1	13,8/1,2	6,6/1,2	6,5/1
Alteración visión	24,1/1,7	20,1/1,6	13,7/2,2	12,5/1,9
Alteración audición	10,4/1	9,4/1	4,8/0,9	4,6/0,9

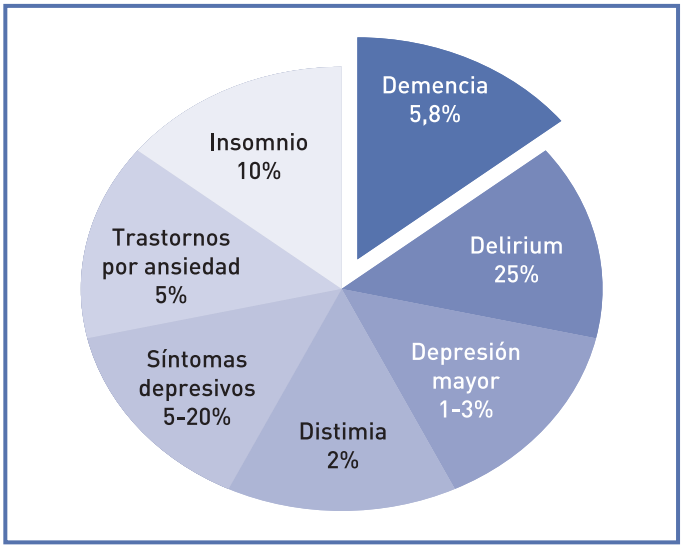
Prevalencia y ratio de riesgo.
Fuente: Dependencias en el anciano. Dr. Julio Nemerovsky, geriatra.

8 Epidemiología de las caídas

	%
Mayores de 65 años	33
Mayores de 75 años	40
Ancianos institucionalizados	50
Hasta los 75 años mayor frecuencia en mujeres	

Fuente: Dependencias en el anciano. Dr. Julio Nemerovsky, geriatra.

9 Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el paciente anciano



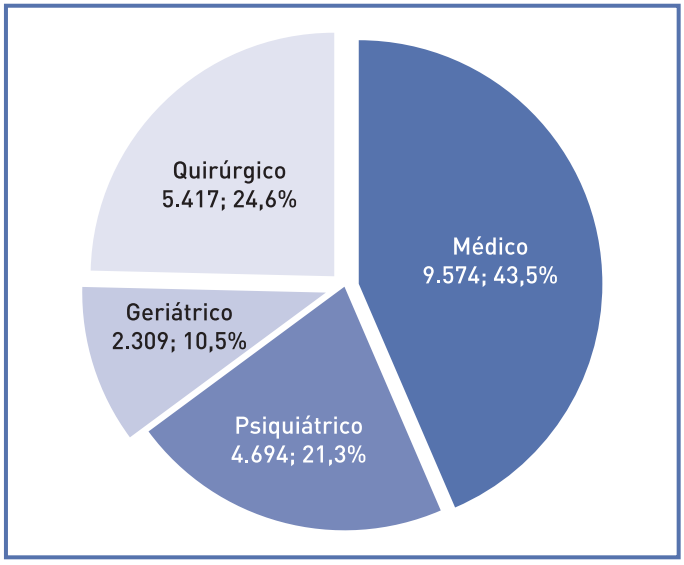
Fuente: Dependencias en el anciano. Dr. Julio Nemerovsky, geriatra.

10 Secuelas tras el accidente cerebrovascular en el paciente anciano

	%
Hemiparesia	70-80
Problemas de deambulación	70-80
Déficit visual	60-75
Disartria	55
Depresión	40
Afasia	20-35
Disfagia	15-35
Alteración de la memoria reciente	10-20

Fuente: Dependencias en el anciano. Dr. Julio Nemerovsky, geriatra.

11 Puestos de hospital de día, según tipología (2019)



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) del Ministerio de Sanidad.

13 Altas hospitalarias por 1.000 habitantes, por grupos diagnósticos, en mayores de 65 años

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	**222,9**	**265,3**	**190,9**
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,1	6,1	4,3
Neoplasias	25,8	36,7	17,5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	2,6	3,0	2,3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,8	3,7	3,9
Trastornos mentales	2,0	1,9	2,0
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	4,5	5,1	4,1
Enfermedades del ojo y sus anexos	1,5	1,7	1,4
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,5	0,6	0,5
Enfermedades del sistema circulatorio	47,9	57,4	40,7
Enfermedades del sistema respiratorio	33,8	44,6	25,6
Enfermedades del aparato digestivo	28,0	34,5	23,0
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1,9	1,9	1,9
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	14,4	11,8	16,3
Enfermedades del sistema genitourinario	14,8	18,8	11,8
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0,0	—	0,0
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	0,0	0,0	0,0
Anomalías congénitas	0,3	0,3	0,2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10,9	13,9	8,7
Lesiones y envenenamientos	20,9	18,0	23,1
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	4,2	5,1	3,6

El total de altas en ambos sexos es superior al desagregado por hombres y mujeres al incluir altas en las que la variable sexo es desconocida. Registro de actividad de Atención Especializada.
Fuente: Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. IMSERSO. Ministerio de Sanidad.



12 Prevalencia de los principales problemas de salud atendidos en Atención Primaria en la población mayor de 64 años

Problemas de salud	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
Hipertensión arterial	503,3	1	473,6	1	525,8	1
Trastornos del metabolismo lipídico	341,6	2	310,6	2	365,0	2
Artrosis (excepto columna)	220,0	3	146,6	5	275,6	3
Diabetes mellitus	197,0	4	218,0	3	181,0	4
Infección respiratoria aguda del aparato, sistema o vía superior	165,7	5	160,9	4	169,4	5
Síndrome de columna vertebral	127,3	6	105,0	8	144,2	6
Otras enfermedades del aparato locomotor	106,9	7	69,5	14	135,2	7
Catarata	101,5	8	89,9	10	110,3	9
Arritmia	95,2	9	105,1	7	87,7	14
Obesidad y sobrepeso	95,2	10	79,2	13	107,2	10
Enfermedades de los dientes/encías	94,2	11	100,1	9	89,8	12
Otras enfermedades cardiovasculares	89,1	12	61,0	15	110,4	8
Otras enfermedades de la piel	88,4	13	81,7	11	93,6	11
Cardiopatía isquémica	85,7	14	127,9	6	53,7	15
Otras enfermedades generales no especificadas	85,6	15	81,2	12	88,9	13
Medicina preventiva/promoción de la salud	167,1		160,1		172,4	

Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud. Base de Datos Clínica de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, 2012.
Fuente: Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. IMSERSO. Ministerio de Sanidad.

Objetivo: el **mínimo esfuerzo**



Emuliquen® Simple



La **parafina líquida emulsionada** reblandece y lubrifica las heces, facilitando una evacuación suave y con menos esfuerzos. Por ello resulta especialmente aconsejable para personas con hemorroides u otras patologías de ano y recto.

Emulsión oral	Para adultos y niños mayores de 6 años
Emulsión oral en sobre	Para adultos y adolescentes mayores de 12 años

Nuevos diseños

Emuliquen® Laxante



La combinación de **parafina líquida emulsionada** y **picosulfato de sodio**, lubrifica las heces y estimula el movimiento del intestino, reforzando el hábito natural de la defecación.

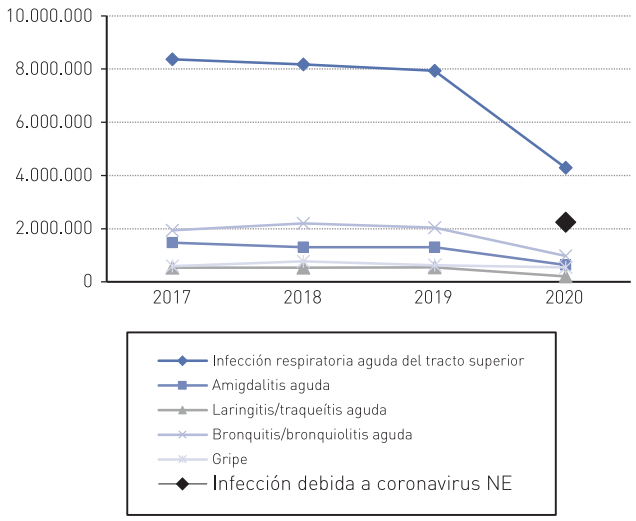
Emulsión oral	Para adultos y adolescentes mayores de 12 años
Emulsión oral en sobre	Para adultos

Alivio sintomático del estreñimiento ocasional

- Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico.
- No utilizar más de 6 días seguidos sin consultar al médico.

LAINCO, S.A. Avda. Bizet, 8-12, 08191 - RUBI (Barcelona) - www.lainco.es

1 Evolución de las infecciones respiratorias más frecuentes (2017-2020)



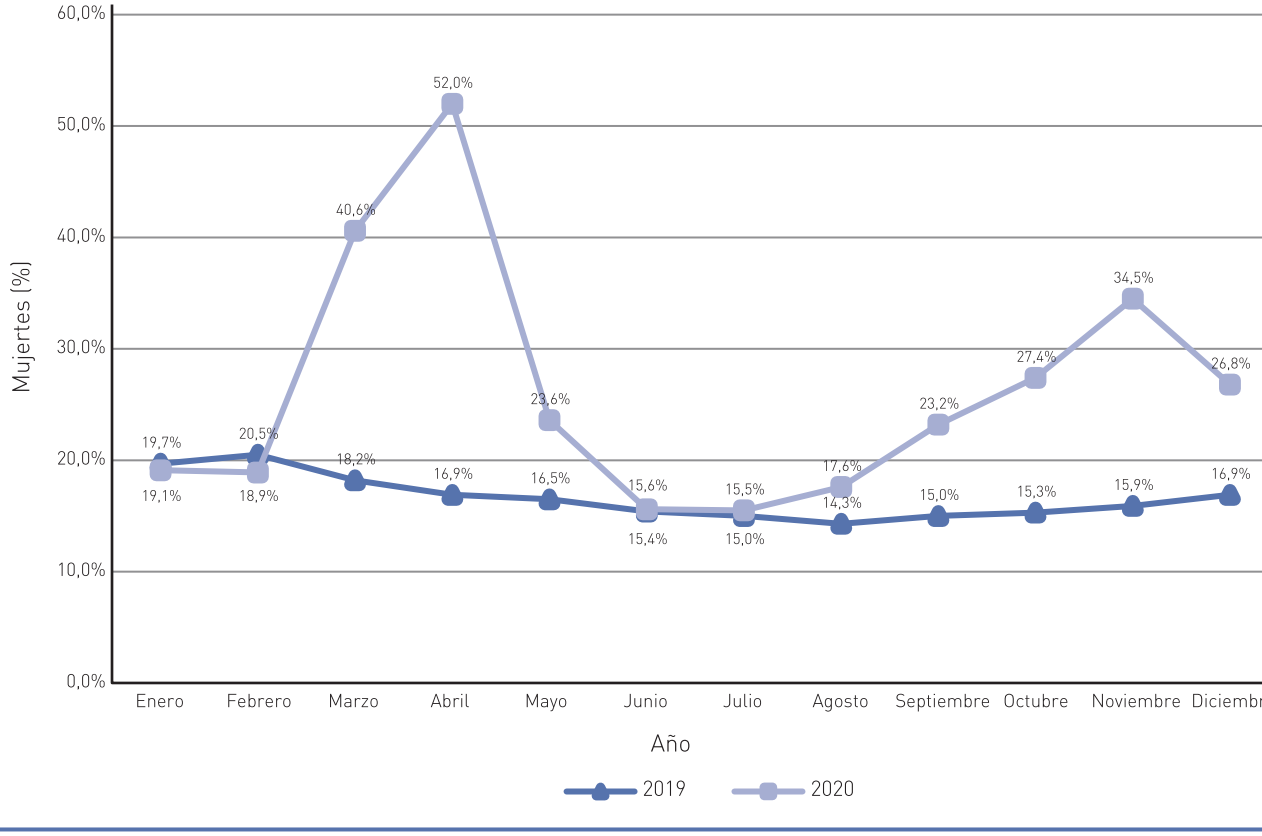
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

2 Defunciones, mortalidad proporcional (%) y variación porcentual por enfermedades del aparato respiratorio en España (2019 y 2020)

ICD-10 causes of death	2019[a]	2020	Change in %
00A Covid-19 Virus identified	–	60.358 (12.2%)	N.D.
00B Covid-19 Unidentified virus (suspected)	–	14.481 (2.9%)	N.D.
002 Tuberculosis and its late effects	217 (0.1%)	198 (0.0%)	–22.6%
018 Malignant tumour of the trachea bronchus and lung	22.007 (5.3%)	21.918 (4.4%)	–15.6%
019 Other respiratory and intrathoracic malignant tumours	484 (0.1%)	502 (0.1%)	–12.1%
062 Influenza (includes influenza due to identified pandemic or zoonotic influenza viruses)	1.459 (0.3%)	894 (0.2%)	–48.0%
063 Pneumonia	9.384 (2.2%)	8.768 (1.8%)	–20.8%
064 Chronic lower respiratory tract diseases (except asthma)	12.815 (3.1%)	11.786 (2.4%)	–22.0%
065 Asthma	993 (0.2%)	948 (0.2%)	–19.0%
066 Respiratory insufficiency	2.171 (0.5%)	2.039 (0.4%)	–20.4%
067 Other diseases of the respiratory system	20.859 (5.0%)	17.988 (3.6%)	–26.9%
TOTAL "Causes of death of the respiratory system"	70.389 (16.8%)[b]	139.880 (28.3%)	68.5%
001-102 I-XXII. All Causes	418.703 (45.9%)[c]	493.776 (54.1%)	17.9%

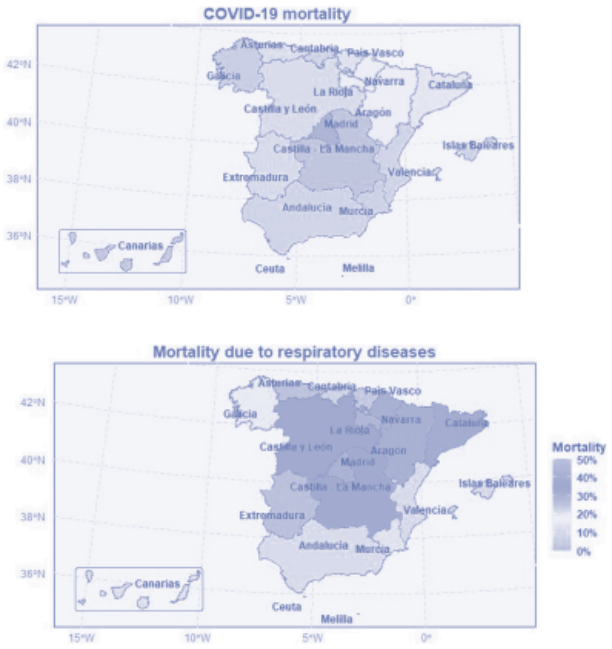
[a]Porcentaje de cada causa de muerte del aparato respiratorio respecto al total de causas de muerte.
[b]Porcentaje de todas las causas de muerte del aparato respiratorio respecto al total de causas de muerte.
[c]Porcentaje de todas las causas de muerte por año respecto al total de ambos años.
Fuente: The Emergence of COVID-19 as a Cause of Death in 2020 and its Effect on Mortality by Diseases of the Respiratory System in Spain: Trends and Their Determinants Compared to 2019. Archivos de Bronconeumología.

3 Serie temporal de mortalidad (% bruto) por enfermedades del aparato respiratorio (2019 y 2020)



Fuente: The Emergence of COVID-19 as a Cause of Death in 2020 and its Effect on Mortality by Diseases of the Respiratory System in Spain: Trends and Their Determinants Compared to 2019. Archivos de Bronconeumología.

4 Evolución de las infecciones respiratorias más frecuentes (2017-2020)

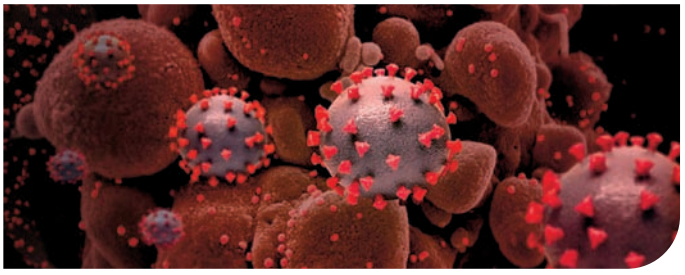


Fuente: The Emergence of COVID-19 as a Cause of Death in 2020 and its Effect on Mortality by Diseases of the Respiratory System in Spain: Trends and Their Determinants Compared to 2019. Archivos de Bronconeumología.

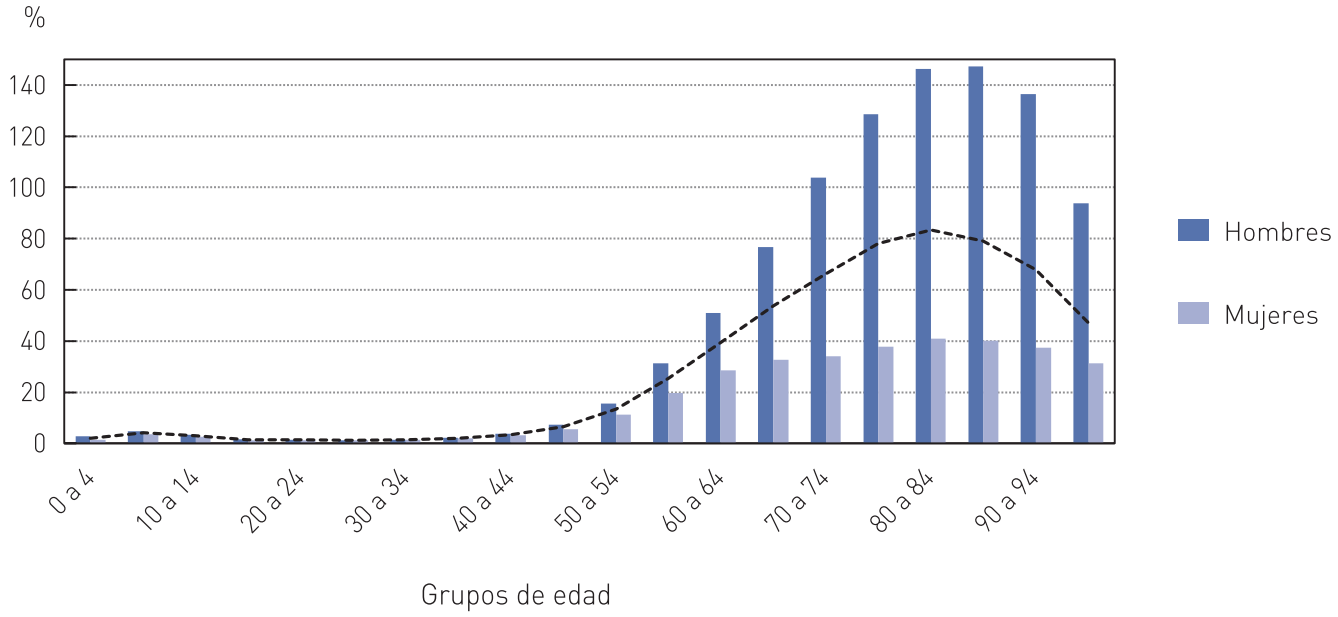
5 Fallecimientos y porcentaje de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio (2020)

ICD-10 causes of death	Men	Women
00A Covid-19 virus identified	32.498 (13.0%)[a]	27.860 (11.4%)
00B Covid-19 Unidentified virus (suspected)	6.419 (2.6%)	8.062 (3.3%)
002 Tuberculosis and its late effects	124 (0.0%)	74 (0.0%)
018 Malignant tumour of the trachea. bronchus and lung	16.615 (6.7%)	5.303 (2.2%)
019 Other respiratory and intrathoracic malignant tumours	359 (0.1%)	143 (0.1%)
062 Influenza (includes influenza due to identified pandemic or zoonotic influenza viruses)	446 (0.2%)	448 (0.2%)
063 Pneumonia	4.704 (1.9%)	4.064 (1.7%)
064 Chronic lower respiratory tract diseases (except asthma)	8.832 (3.5%)	2.954 (1.2%)
065 Asthma	212 (0.1%)	736 (0.3%)
066 Respiratory insufficiency	927 (0.4%)	1.112 (0.5%)
067 Other diseases of the respiratory system	8.714 (3.5%)	9.274 (3.8%)
Total "Causes of death due to respiratory system"	79.850 (32.0%)[b]	60.030 (24.6%)
001-102 I-XXII. All causes	249.664 (50.6%)[c]	244.112 (49.4%)

Fuente: The Emergence of COVID-19 as a Cause of Death in 2020 and its Effect on Mortality by Diseases of the Respiratory System in Spain: Trends and Their Determinants Compared to 2019. Archivos de Bronconeumología.

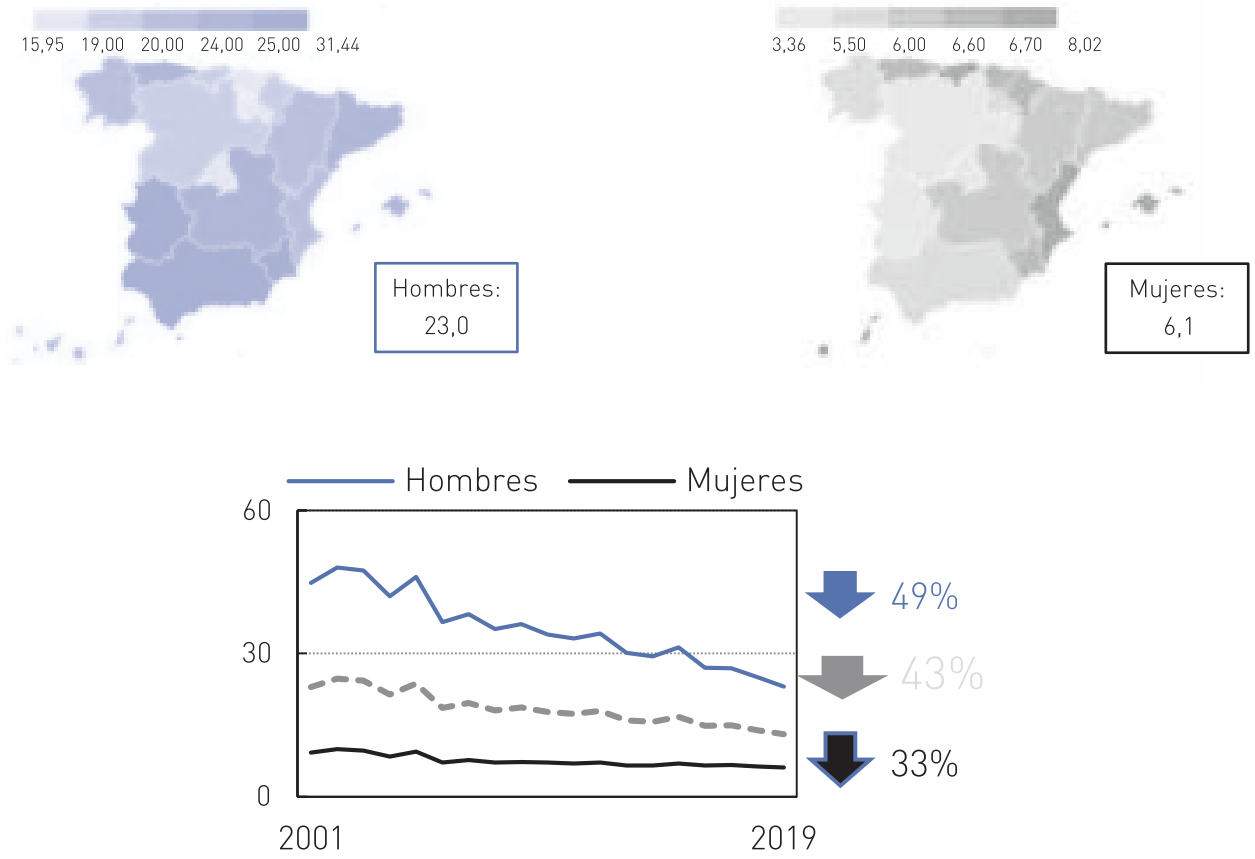


6 Morbilidad por EPOC por grupos de edad (2019)



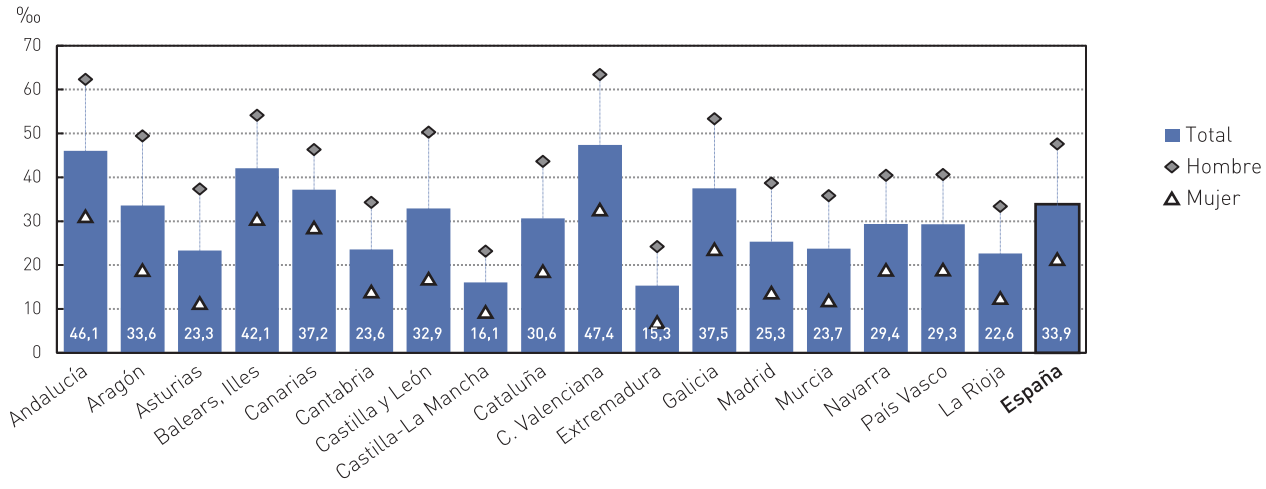
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La tasa de hospitalización ajustada por edad es de 12 hospitalizaciones por 10.000 habitantes, el triple en hombres que en mujeres.
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

7 Mortalidad por EPOC (2001-2019)



EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes. Se han producido 13.808 defunciones: 9.907 en hombres y 3.901 en mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 29,3 defunciones por 100.000 habitantes.
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

8 Prevalencia registrada de EPOC en población de 40 y más años por 1.000 habitantes (2019)



EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

Formación • Comunicación • Investigación



saned GRUPO

40 años contigo

tu éxito es nuestro éxito

1 Recursos sanitarios para la atención de enfermedades neurodegenerativas (2018)

	Servicios/ secciones neurología	Consultas monográficas	Unidades de ELA	Unidades de referencia autonómica	CSUR neuromusculares	Centros acreditados Orphanet	Vías clínicas	Guías
Andalucía	14	3 (1)	11 (2)	1	1	1		1
Aragón	8	4 (4)					4	5
Asturias	7	2 (3)	1	1				
Baleares	12	3	2	1				
Canarias	14	4 (3)						
Cantabria	3	1						
Castilla y León	16	4						1
Castilla-La Mancha	15	3						
Cataluña	82	4	4	2	2	2	1	
Extremadura	10						1	
Galicia	19		3	1			1	E
La Rioja	1	1						
Madrid	37	4	4	4		5	1	
Murcia	11	1						
Navarra	2	1	1					
País Vasco	12	1	1	1		1		
Valencia	24	3	3		1	1		
Ceuta y Melilla	2							
España	**289**	**39**	**30**	**11**	**4**	**10**	**8**	**7**

1: Consulta de patología neuromuscular. 2: 5 hospitales con unidad multidisciplinar de ELA y 6 hospitales con equipo multidisciplinar de ELA. 3: consultas monográficas de enfermedades neurodegenerativas. 4: equipos multidisciplinares. E: en elaboración.

Fuente: Abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018.

2 Costes de las enfermedades neurodegenerativas en Europa (2012)

Enfermedad	Afectados (millones)	Coste por paciente - 2010 (euros)				Costes totales - 2010 (millones de euros)			
	Número estimado de afectados	Directos médicos	Directos no médicos	Indirectos	Total	Directos médicos	Directos no médicos	Indirectos	Total
Demencia	6,30	2.673	13.911	-	16.584	16.494	88.214	-	105.163
Enfermedad de Parkinson	1,20	5.626	4.417	1.109	11.153	7.029	5.519	1.386	13.933
Esclerosis múltiple	0,80	9.811	8.438	8.725	26.974	5.295	4.554	4.709	14.559
Enf. neuromusculares	0,30	7.133	5.641	17.278	30.052	1.834	1.450	4.442	7.726
Esc. Lat. amiotrófica (ELA)	0,10	11.240	11.559	4.666	27.463	596	613	247	1.457
Totales	**8,40**					**31.703**	**100.350**	**10.784**	**142.838**

UE-27, Islandia, Noruega y Suiza.

Fuente: Olesen et al. 2012. Abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018.

3 Costes de las enfermedades neurodegenerativas en España (2018)

Enfermedad	Afectados	Coste por paciente (euros)				Costes totales (millones de euros)			
	Número estimado	Directos médicos	Directos no médicos	Indirectos	Total	Directos médicos	Directos no médicos	Indirectos	Total
Alzheimer y demencias	717.000	5.348	1.237	22.597	29.182	3.835	887	16.202	20.923
Enfermedad de Parkinson	160.000	3.988	3.325	11.487	18.800	638	532	1.838	3.008
Esclerosis múltiple	47.000	28.964	12.370	14.252	55.586	1.361	581	670	2.613
Enf. Neuromusculares	60.000	13.829	79.312	1.030	94.171	830	4.759	62	5.650
Esc. Lat. Amiotrófica (ELA)	4.000	8.289	27.619	8.575	44.483	33	110	34	178
Totales	**988.000**					**6.697**	**6.870**	**18.806**	**32.372**

Fuente: Abordaje de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018.

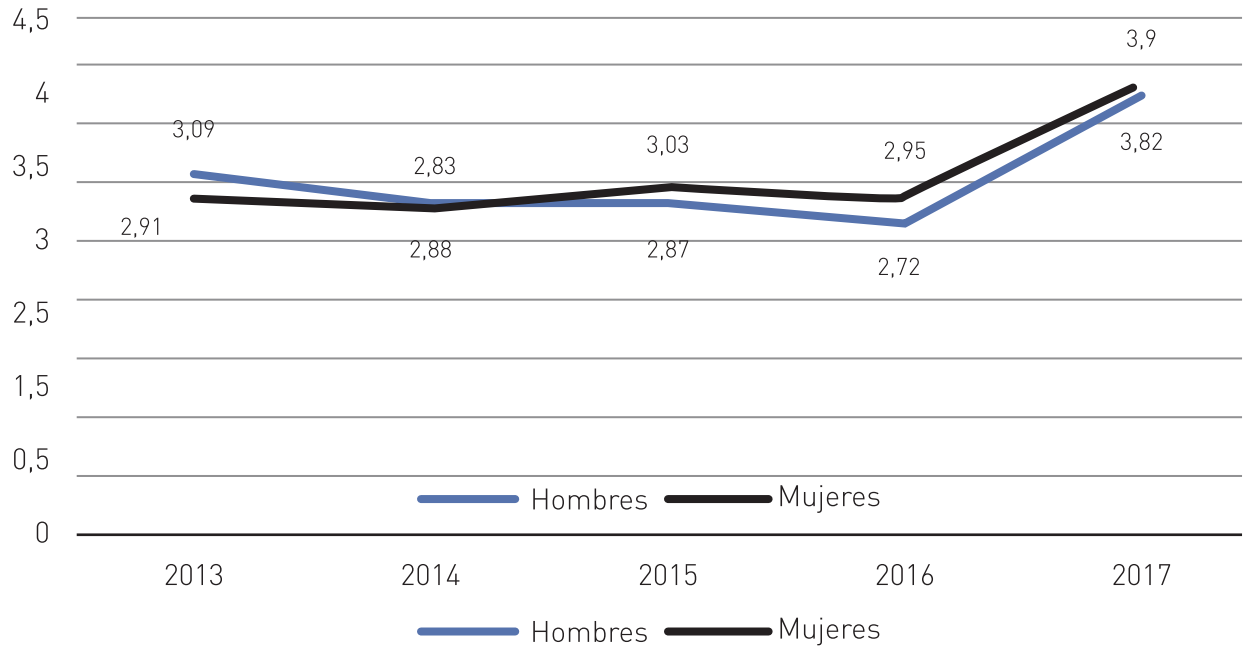
4 Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes (2018)

Comunidad Autónoma	2014	2015	2016	2017	2018
Andalucía	1,73	1,80	1,62	1,74	1,80
Aragón	2,13	2,43	1,91	2,16	2,16
Asturias, Principado de	3,03	3,21	3,16	2,99	3,24
Balears, Illes	1,48	1,34	0,66	1,41	1,44
Canarias	1,50	1,57	1,57	1,74	1,76
Cantabria	2,38	2,16	2,12	2,23	2,08
Castilla y León	2,46	2,37	2,32	2,22	2,55
Castilla-La Mancha	1,95	2,00	1,49	1,70	1,64
Cataluña	1,98	2,04	2,12	2,13	2,17
Comunitat Valenciana	2,32	2,36	2,32	2,33	2,25
Extremadura	2,35	2,53	2,25	2,15	2,24
Galicia	2,31	2,42	2,31	2,45	2,46
Madrid, Comunidad de	1,89	1,92	1,91	1,94	1,72
Murcia, Región de	2,19	2,13	1,79	1,92	1,91
Navarra, Comunidad Foral de	2,25	2,25	2,01	2,12	2,28
País Vasco	2,46	2,54	2,40	2,44	2,55
Rioja, La	2,35	2,40	2,35	2,20	2,27
Ceuta (Ingesa)	1,68	1,42	1,68	1,37	1,39
Melilla (Ingesa)	1,38	1,32	0,54	1,62	1,41
Total nacional	**2,05**	**2,09**	**1,97**	**2,05**	**2,06**

Fuente: Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad 2022.

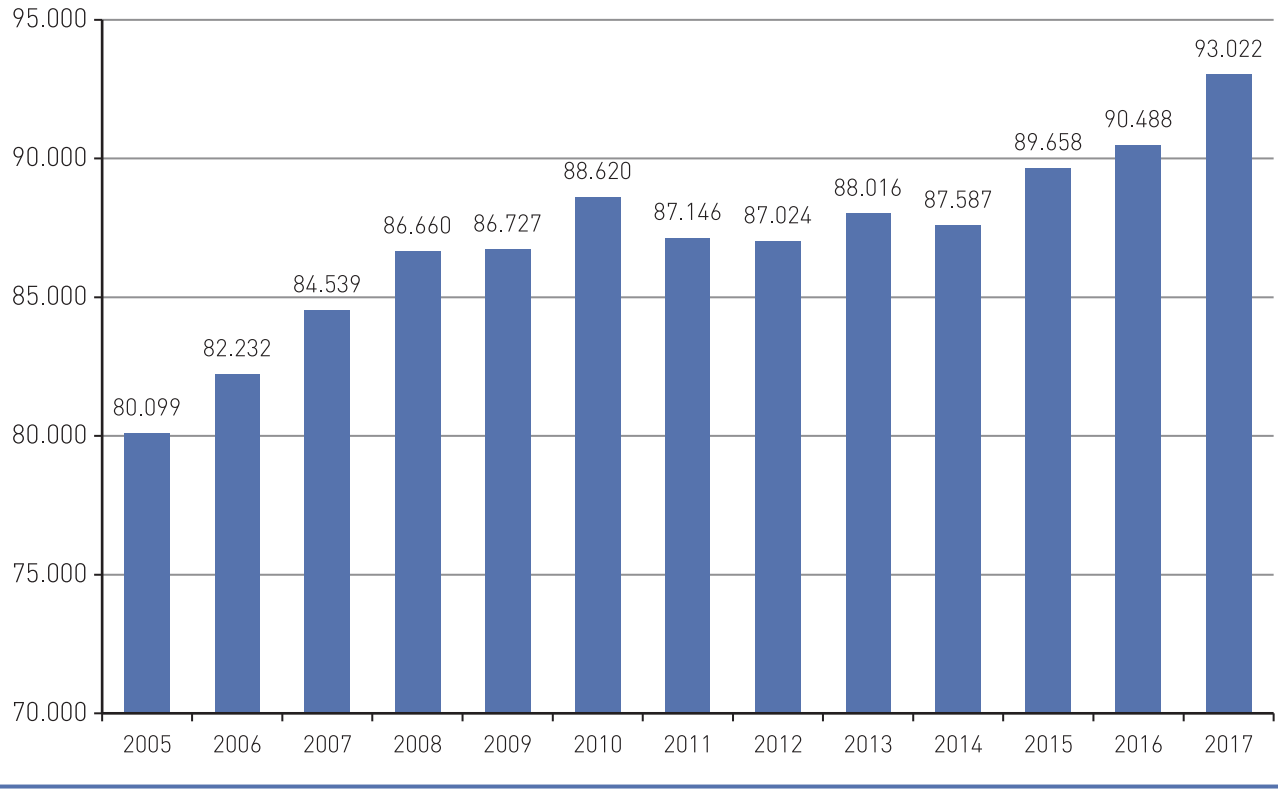


5 Casos nuevos con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en Atención Primaria por cada 1.000 personas asignadas (2013 a 2017)



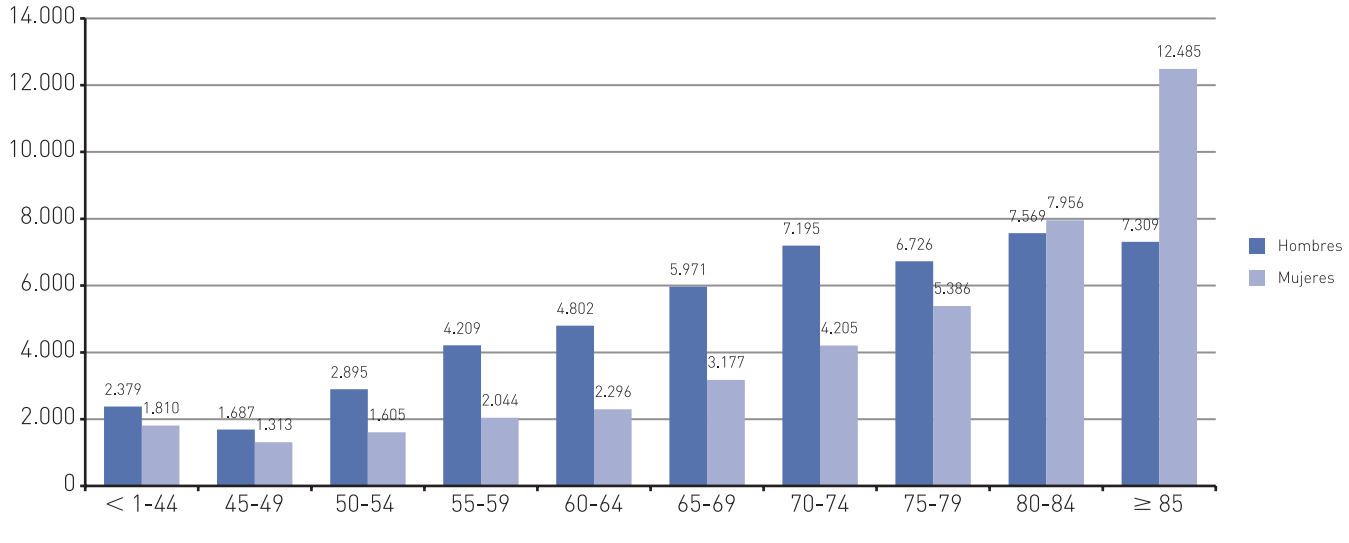
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).
Fuente: Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad 2022.

6 Número de altas hospitalarias por ictus (2005-2017)



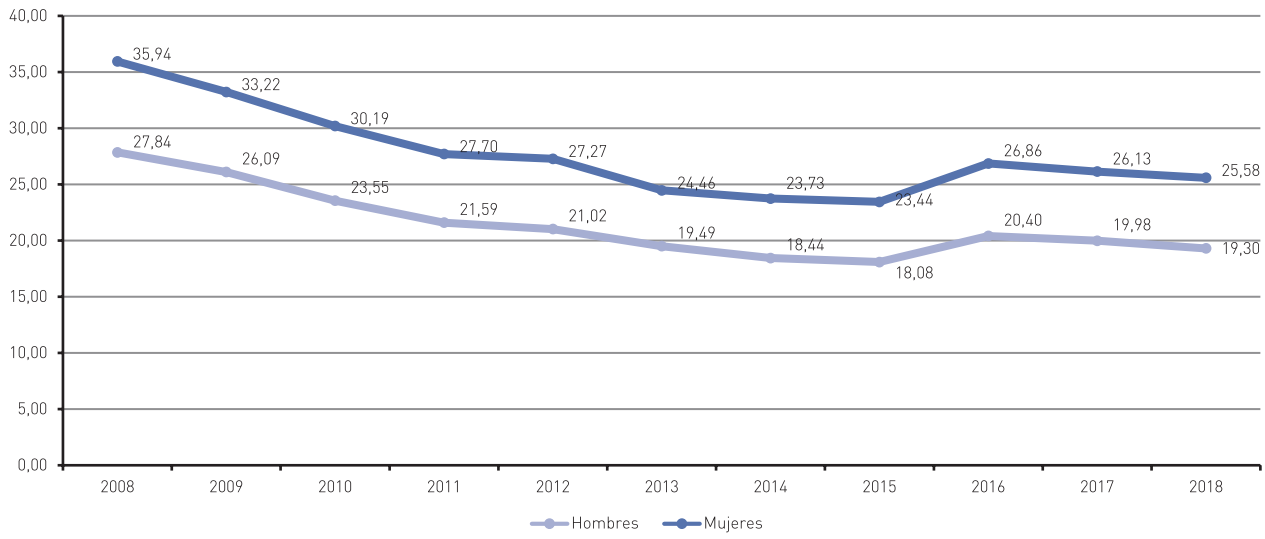
Del total de altas hospitalarias por ictus producidas en España en 2017, el 54,6% correspondieron a hombres, y su número es mayor en los grupos de edad más avanzada. Datos del Registro de Actividad de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
Fuente: El Atlas del Ictus. Sociedad Española de Neurología (SEN). España 2019.

7 Número de altas hospitalarias por ictus según edad y sexo (2017)



La prevalencia de ictus en España es del 1,7%, lo que equivale a 661.512 personas. Datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017 y del Registro de Actividad de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
Fuente: El Atlas del Ictus. Sociedad Española de Neurología (SEN). España 2019.

8 Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes (2008-2018)



Datos del Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.
Fuente: Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad 2022.

9 Evolución de casos registrados de personas con demencia según sexo (2011-2017)

Año	Hombre		Mujer		Total
2011	35.862	30,6%	81.244	69,4%	117.106
2012	61.652	30,9%	137.936	69,1%	199.587
2013	85.205	30,4%	195.111	69,6%	280.316
2014	87.597	30,4%	200.093	69,6%	287.690
2015	108.199	31,0%	241.157	69,0%	349.356
2016	131.683	30,8%	296.081	69,2%	427.764
2017	136.289	30,8%	305.623	69,2%	441.912

CIAP2 P-70. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).
Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad, Datos 2017.
Fuente: Censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España. Ministerio de Sanidad y CEAFA Alzheimer..

10 Estudios epidemiológicos y datos de prevalencia del párkinson (2008-2014)

Fuente	Datos de prevalencia	Fecha
Procedimiento actuación enfermedad de Parkinson - Osakidetxa	107.769	2014
Fisterra (web para profesionales de Atención Primaria)	139.523	2014
Sociedad Española de Neurología (SEN)	188.542	2013
Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la EP en España	300.000	2013
Recomendaciones de la práctica clínica en la EP - Sociedad Andaluza de Neurología	126.643	2013
European Parkinson Disease Association (EPDA)	151.019	2008

El 0,3% de la población puede desarrollar párkinson, si bien a partir de los 60 años la prevalencia aumenta hasta el 1-2%. Algunos estudios sugieren que el párkinson podría afectar a una de cada mil personas en todo el mundo, y otras investigaciones duplican esa cifra. En la actualidad se desconoce con certeza el número de personas con párkinson que existen en España. La Federación Española de Párkinson realiza estimaciones basadas en los estudios epidemiológicos, teniendo en cuenta la detección precoz de la enfermedad y el progresivo envejecimiento de la población. Los últimos estudios calculan que hay entre 161 y 270 personas con párkinson por cada 100.000 habitantes, sin contar el número de casos no diagnosticados, que se sitúa en un 30%.
Fuente: El Libro Blanco del Párkinson en España. Aproximación, análisis y propuesta de futuro. Ministerio de Sanidad y Federación Española de Párkinson (FEP).

11 Casos registrados de personas con demencia según edad y sexo (2017)

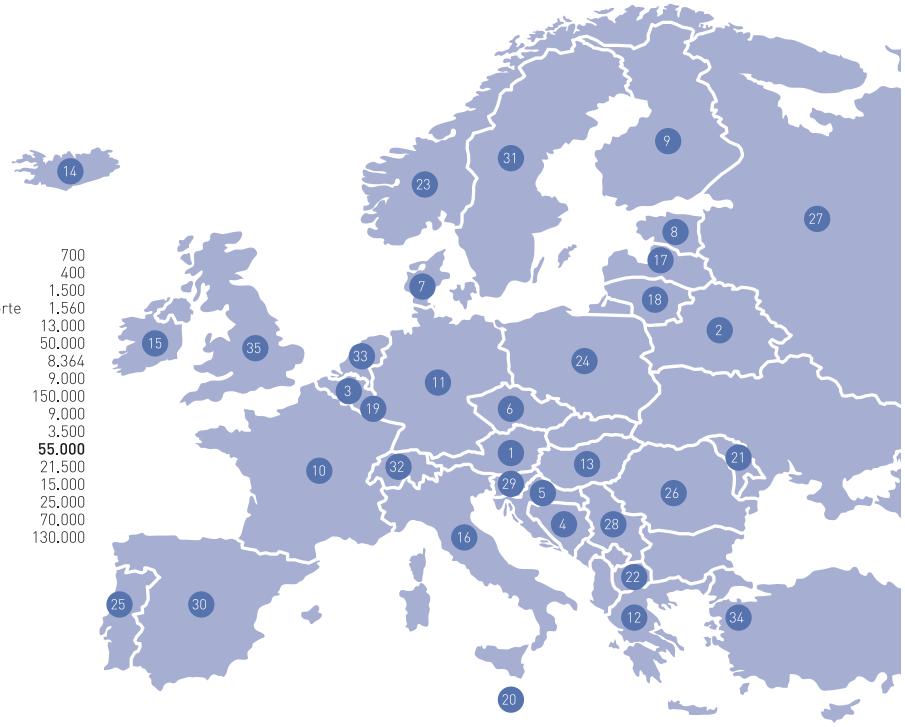
		Hombre		Mujer		Total	
5-34 años		300	0,2%	216	0,1%	516	0,1%
35-64 años	35-39 años	...		...		...	
	40-44 años	331	0,2%	311	0,1%	643	0,1%
	45-49 años	574	0,4%	446	0,1%	1.020	0,2%
	50-54 años	868	0,6%	776	0,3%	1.644	0,4%
	55-59 años	2.083	1,5%	1.637	0,5%	3.720	0,8%
	60-64 años	3.031	2,2%	3.482	1,1%	6.514	1,5%
	Total	**7.006**	**5,1%**	**6.736**	**2,2%**	**13.742**	**3,1%**
65 y más años	65-69 años	6.600	4,8%	8.270	2,7%	14.870	3,4%
	70-74 años	14.827	10,9%	20.749	6,8%	35.577	8,1%
	75-79 años	23.224	17,0%	41.352	13,5%	64.576	14,6%
	80-84 años	35.814	26,3%	81.124	26,5%	116.938	26,5%
	85-89 años	33.089	24,3%	88.640	29,0%	121.729	27,5%
	90-94 años	13.027	9,6%	46.229	15,1%	59.256	13,4%
	95 y más años	2.324	1,7%	12.263	4,0%	14.587	3,3%
	Total	**128.906**	**94,6%**	**298.627**	**97,7%**	**427.533**	**96,7%**
Total		**136.289**	**100%**	**305.623**	**100%**	**441.912**	**100%**

CIAP2 P-70. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).
Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad, Datos 2017.
Fuente: Censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España. Ministerio de Sanidad y CEAFA Alzheimer.



12 Prevalencia de la esclerosis múltiple en Europa

1	Austria	13.500	19	Luxemburgo	700
2	Bielorrusia	4.600	20	Malta	400
3	Bélgica	13.500	21	Moldavia	1.500
4	Bosnia y Herzegovina	3.557	22	Macedonia del Norte	1.560
5	Croacia	6.000	23	Noruega	13.000
6	República Checa	20.000	24	Polonia	50.000
7	Dinamarca	16.169	25	Portugal	8.364
8	Estonia	1.000	26	Rumanía	9.000
9	Finlandia	12.080	27	Federación Rusa	150.000
10	Francia	115.000	28	Serbia	9.000
11	Alemania	250.000	29	Eslovenia	3.500
12	Grecia	20.000	**30**	**España**	**55.000**
13	Hungría	8.500	31	Suecia	21.500
14	Isandia	720	32	Suiza	15.000
15	Irlanda	9.000	33	Países Bajos	25.000
16	Italia	126.000	34	Turquía	70.000
17	Letonia	2.035	35	Reino Unido	130.000
18	Lituania	3.000			



Fuente: Barómetro de la Esclerosis Múltiple, 2020. Plataforma Europea de Esclerosis Múltiple.

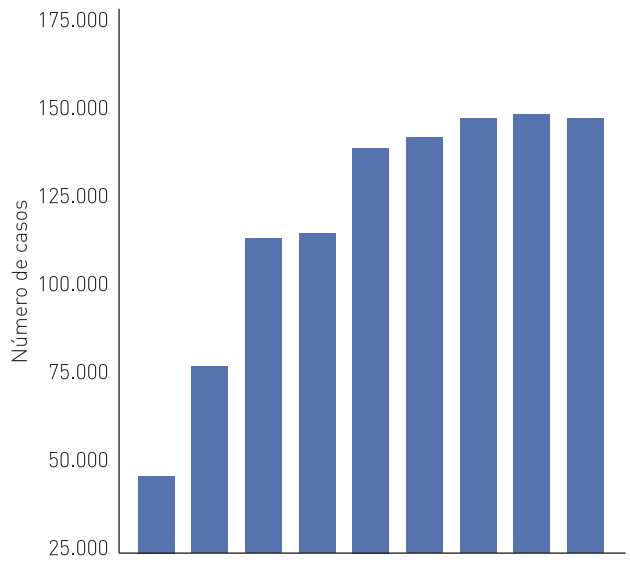
13 Estudios de incidencia y de prevalencia de la esclerosis múltiple en España (2002-2017)

	Ref.	Fecha de prevalencia	Prevalencia[a]	Prevalencia[b]	Ratio de sexo[c]	Población
Las Palmas	[37]	2002	78	4,1	3 a 1	82.623
Santiago de Compostela	[62]	2003	79	5,3	1,6 a 1	90.188
Bajo Aragón	[63]	2003	75	4,6	1,9 a 1	58.666
Lanzarote	[64]	2004	47	2,2-4,6	1,4 a 1	127.218
Málaga	[34]	2008	125 d	–	2 a 1	1.528.851
Albacete	[65]	2009	73	–	2,3 a 1	400.891
Osona	[66]	2009	80	–	1,4 a 1	150.139
Sevilla	[35]	2011	90	4,6	2,5 a 1	163.324
La Rioja	[67]	2011	65	3,5	2 a 1	322.955
Murcia (área III)	[36]	2010	72	–	2,6 a 1	171.040
Gerona	[39]	2013	–	3,6	1,5 a 1	747.782
Tarragona	[68]	2014	73	–	2 a 1	814.000
Murcia (área I)	[69]	2014	88	5,8	2,1 a 1	257.865
Ferrol	[29]	2015	110	5,5	2,5 a 1	194.834
Ourense	[30]	2016	184	7,8	2,2 a 1	105.893
San Vicente del Raspeig (Alicante)	[31]	2017	102	4,6	3,5 a 1	56.715

A: casos por 100.000 habitantes. B: casos por 100.000 habitantes/año. C: mujeres/hombres. D: metodología de captura-recaptura.

Fuente: Epidemiología de la esclerosis múltiple en España. N. Pérez-Carmona, E. Fernández-Jover, A.P. Sempere. DOI: https://doi.org/10.33588/rn.6901.2018477

14 Número de casos de enfermedad de párkinson registrados en España (2011-2019)



Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019.

Teresa&
el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT

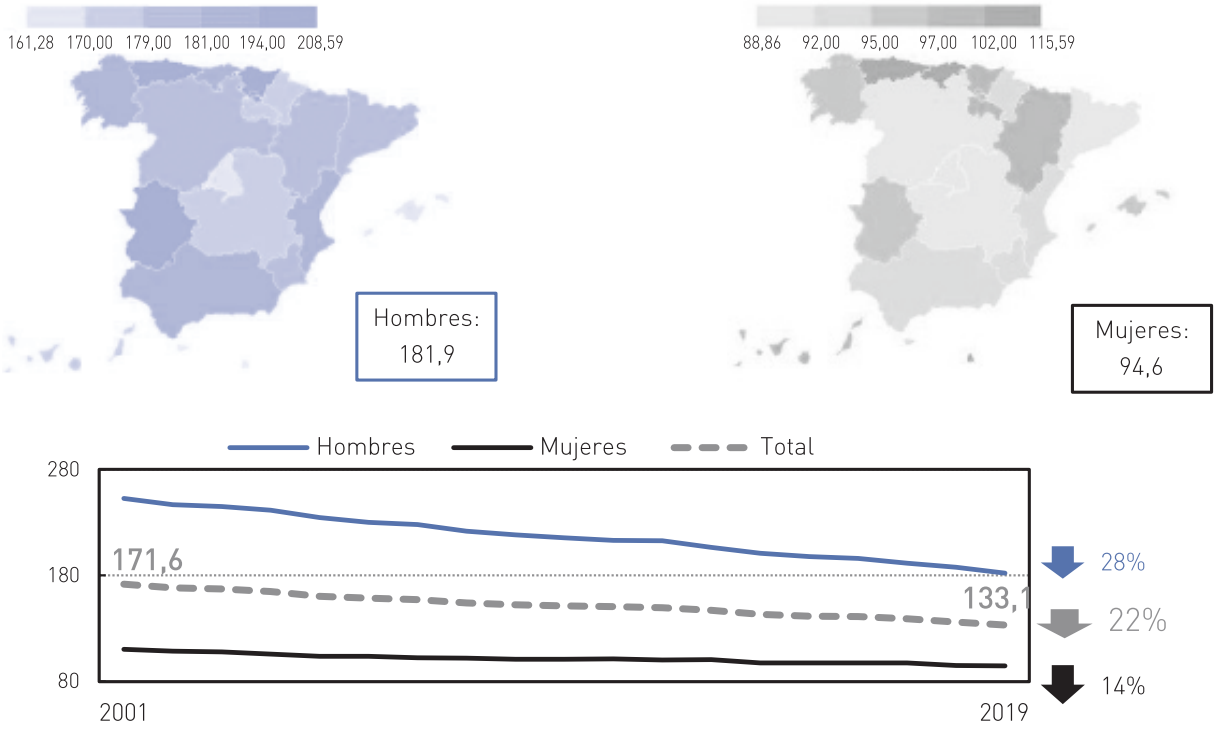


BABY PELONES
juegaterapia
100% solidarios

De venta en
El Corte Inglés,
Juguettos
Toys R'Us
y Amazon.es.

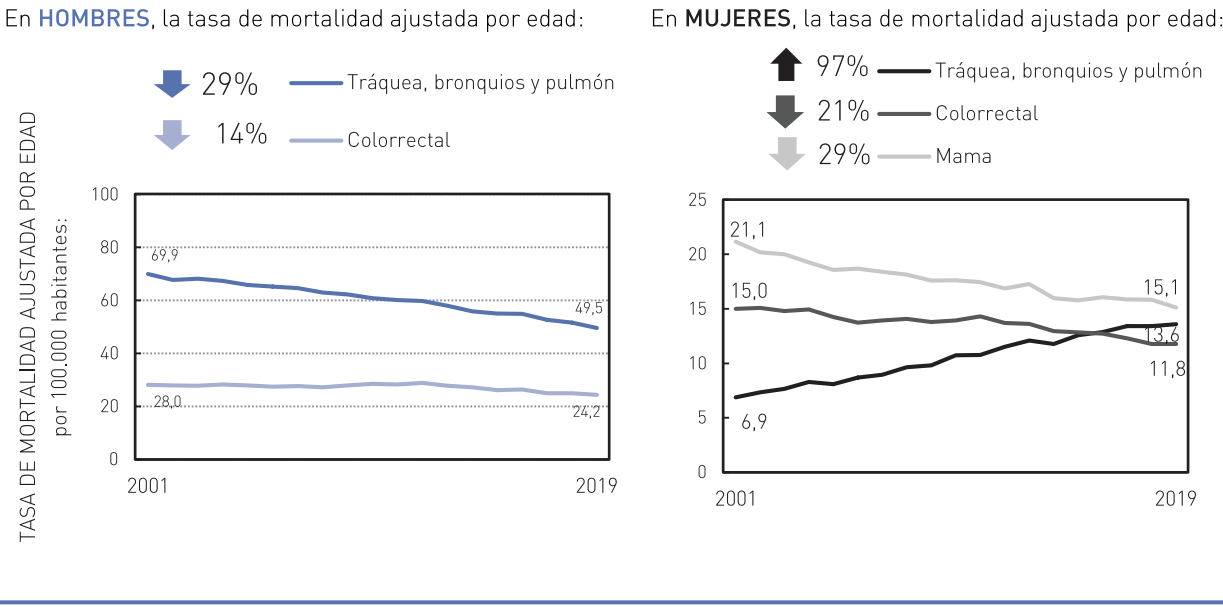
FUNDACIÓN juega terapi a.org
la quimio jugando se pasa volando...

1 Tasa de mortalidad por tumores malignos ajustada por edad por 100.000 habitantes (2019) y evolución entre 2001 y 2019



Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

2 Tasa de mortalidad por tumores malignos ajustada por edad por 100.000 habitantes y por sexo (2001 y 2019)



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad, 2021.



3 Número de casos incidentes de cáncer en España por edad en 2015 y predicción para 2020

Año	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
2015	147.478	107.657	255.135
2020	160.198	117.196	277.394
Δ 2020-2015	12.720 (+8,63%)	9.539 (+8,86%)	22.259 (+8,72%)

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

4 Proyecciones del número de casos incidentes de cáncer, tasa bruta y tasa ajustada a la nueva población estándar europea por tipo de cáncer por 100.000 hombres y año (2020)

Tipo tumoral	N	TB	IC95% (TB)	TAne	IC95% (TAne)
Tipo tumoral	N	TB	IC95% (TB)	TAne	IC95% (TAne)
Cavidad oral y faringe	6.049	26,2	(20,3-33,1)	26,6	(20,5-33,6)
Esófago	1.908	8,3	(7,3-9,3)	8,4	(7,5-9,5)
Estómago	4.703	20,4	(18,4-22,4)	21,3	(19,2-23,5)
Colon	17.433	75,5	(64,3-88,5)	79,7	(67,8-93,5)
Recto	8.611	37,3	(32,6-42,4)	38,5	(33,6-43,9)
Colorrectal	26.044	112,8	(100,6-126,8)	118,2	(105,3-133)
Hígado	4.971	21,5	(18,5-24,8)	22,1	(19-25,5)
Vesícula y vías biliares	1.521	6,6	(5,2-8,2)	7,0	(5,5-8,8)
Páncreas	4.384	19,0	(16,9-21,3)	19,9	(17,6-22,3)
Laringe	2.825	12,2	(10,5-14,2)	12,3	(10,5-14,2)
Pulmón	21.847	94,6	(86,6-103)	98,8	(90,3-107,7)
Melanoma de piel	2.507	10,9	(8,8-13,2)	11,0	(8,9-13,4)
Próstata	35.126	152,1	(123,1-184)	163,3	(131,7-198)
Testículo	1.310	5,7	(5,2-6,2)	5,8	(5,3-6,4)
Riñón (sin pelvis)	5.109	22,1	(19,3-25,2)	22,4	(19,5-25,5)
Vejiga urinaria	18.071	78,2	(69,7-87,5)	82,2	(73,1-92,1)
Encéfalo y sistema nervioso	2.263	9,8	(8,6-11,1)	10,0	(8,8-11,3)
Tiroides	1.124	4,9	(4,4-5,4)	4,8	(4,3-5,3)
Linfoma de odgkin	854	3,7	(3,3-4,2)	3,7	(3,3-4,2)
Linfomas no hodgkinianos	4.932	21,4	(18,5-24,5)	21,7	(18,8-25)
Mieloma	1.861	8,1	(6,7-9,6)	8,5	(7-10,1)
Leucemias	3.575	15,5	(13,1-18,2)	16,2	(13,7-19,2)
Otros	9.215	39,9	(35,7-44,4)	41,5	(37,1-46,2)
Total excepto piel no melanoma	**160.198**	**693,7**	**(658,6-732,5)**	**725,5**	**(687,7-767,3)**

TB: tasa bruta. TAne: tasa ajustada a la nueva población estándar europea. IC95%: intervalo de credibilidad o de confianza al 95%. Todas las tasas están expresadas por 100.000 habitantes y año. Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

5 Proyecciones del número de casos incidentes de cáncer, tasa bruta y tasa ajustada a la nueva población estándar europea por tipo de cáncer por 100.000 mujeres y año (2020)

Tipo tumoral	N	TB	IC95% (TB)	TAne	IC95% (TAne)
Cavidad oral y faringe	2.555	106,0	(9,2-12,1)	9,4	(8,2-10,7)
Esófago	475	2,0	(1,7-2,3)	1,7	(1,5-2,1)
Estómago	2.874	11,9	(10,9-13)	10,2	(9,3-11,1)
Colon	12.635	52,4	(43,4-63,2)	45,4	(37,6-54,6)
Recto	5.552	23,0	(19,7-26,7)	20,3	(17,4-23,5)
Colorrectal	18.187	75,5	(65,8-86,8)	65,7	(57,4-75,4)
Hígado	1.624	6,7	(5,8-7,8)	5,8	(5-6,7)
Vesícula y vías biliares	1.454	6,0	(5,2-7)	5,0	(4,3-5,7)
Páncreas	3.954	16,4	(14,7-18,2)	14,0	(12,6-15,5)
Laringe	386	1,6	(1,3-1,9)	1,5	(1,2-1,8)
Pulmón	7.791	32,3	(29,7-35,2)	29,5	(27,1-32,2)
Melanoma de piel	3.672	15,2	(12,5-18,3)	13,9	(11,5-16,7)
Mama	32.953	136,8	(115,8-160)	123,5	(104,5-144,5)
Cérvix uterino	1.972	8,2	(6,7-9,9)	7,6	(6,2-9,1)
Cuerpo uterino	6.804	28,2	(23,7-33,2)	25,9	(21,7-30,6)
Ovario	3.645	15,1	(13,3-17,1)	13,7	(12-15,5)
Riñón (sin pelvis)	2.191	9,1	(7,7-10,7)	8,2	(6,9-9,6)
Vejiga urinaria	4.279	17,8	(13,2-23,8)	15,5	(11,6-20,8)
Encéfalo y sistema nervioso	2.152	8,9	(7,8-10,1)	8,2	(7,2-9,4)
Tiroides	4.180	17,4	(16,4-18,4)	16,6	(15,7-17,6)
Linfoma de odgkin	652	2,7	(2,4-3,1)	2,8	(2,4-3,2)
Linfomas no hodgkinianos	4.256	17,7	(15,9-19,6)	15,9	(14,2-17,6)
Mieloma	1.337	5,6	(4,5-6,7)	4,8	(4-5,8)
Leucemias	2.667	11,1	(9,1-13,3)	9,8	(8,1-11,7)
Otros	7.136	29,6	(26,6-32,9)	24,9	(22,5-27,5)

TB: tasa bruta. TAne: tasa ajustada a la nueva población estándar europea. IC95%: intervalo de credibilidad o de confianza al 95%. Todas las tasas están expresadas por 100.000 habitantes y año. Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

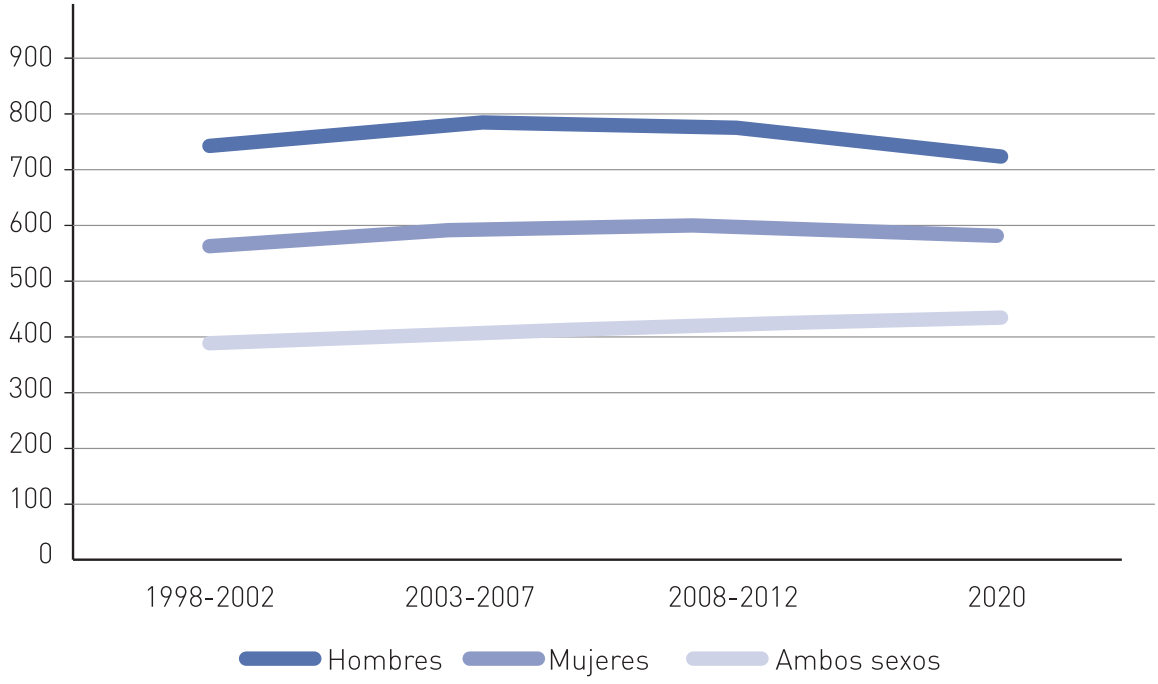
6 Tipos tumorales más frecuentes en España (estimaciones 2020)

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1º	Próstata 22%	Mama 28%	Colorrectal 15%
2º	Colorrectal 16%	Colorrectal 16%	Próstata 13%
3º	Pulmón 14%	Pulmón 7%	Mama femenina 12%
4º	Vejiga 11%	Cuerpo uterino 6%	Pulmón 11%
5º	Cavidad oral y faringe 4%	Vejiga urinaria 4%	Vejiga urinaria 8%

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.



7 Evolución de la tasa de incidencia de cáncer por 100.000 habitantes ajustada edad a nueva población estándar europea (2013) en el conjunto todos los tipos tumorales, excepto piel no melanoma, periodos quinquenales y proyección para 2020. Hombres, mujeres ambos sexos



	1998-2002	2003-2007	2008-2012	2020
Hombres	741,8	781,1	773,1	725,5
Mujeres	385,1	401,6	422,3	434,0
Ambos sexos	563,5	591,4	597,7	579,8

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

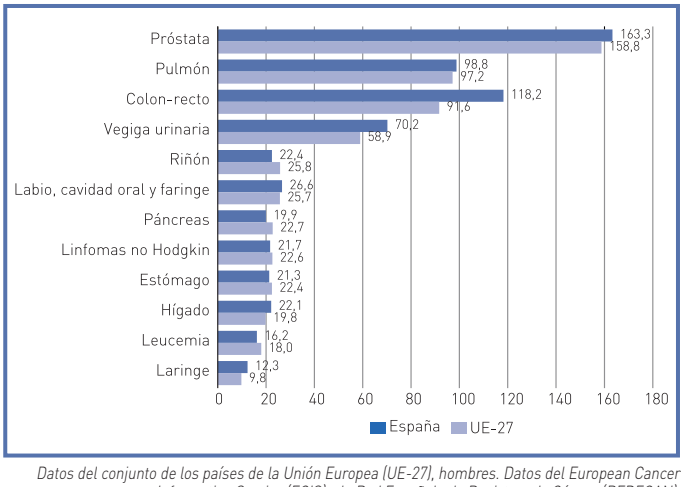


8 Tasas de incidencia por 100.000 ajustadas por edad a la nueva población estándar europea (2013) por tipo tumoral en 2012; proyección para 2020 y porcentaje de variación entre 2012 y 2020. España, hombres y mujeres

Tipo de cáncer	Hombre			Mujer		
	2012	2020 proyecciones	Variación	2012	2020 proyecciones	Variación
Labio, cavidad oral y faringe	27,6	26,6	–4%	7,7	9,4	22%
Esófago	9,3	8,4	–10%	1,3	1,7	30%
Estómago	27,1	21,3	–21%	12,2	10,2	–16%
Colorrectal*	123,5	118,2	–4%	65,8	65,7	0%
- Colon	81,2	79,7	–2%	44,2	45,4	2%
- Recto	42,3	38,5	–9%	21,6	20,3	–6%
Hígado	22,0	22,1	0%	6,4	5,8	–9%
Vesícula y vías biliares	6,2	7,0	11%	5,3	5,0	–6%
Páncreas	18,8	19,9	6%	12,4	14,0	11%
Laringe	16,9	12,3	–27%	1,3	1,5	15%
Pulmón	111,4	98,8	–11%	21,6	29,5	37%
Melanoma cutáneo	9,8	11,0	12%	12,5	13,9	11%
Mama**	-	-	-	123,5	123,5	0%
Cuello uterino	-	-	-	7,2	7,6	6%
Cuerpo uterino	-	-	-	25,0	25,9	4%
Ovario	-	-	-	13,8	13,7	–1%
Próstata**	163,3	163,3	0%	-	-	-
Testículo	5,0	5,8	16%	-	-	-
Riñón	21,6	22,4	3%	9,4	8,2	–13%
Vejiga urinaria	99,5	82,2	–17%	14,7	15,5	5%
Encéfalo y SNC	10,3	10,0	–3%	8,4	8,2	–2%
Tiroides	3,7	4,8	30%	14,1	16,6	18%
Linfoma de Hodgkin	3,6	3,7	3%	2,4	2,8	17%
Linfomas no hodgkinianos	21,7	21,7	0%	17,1	15,9	–7%
Mieloma	8,8	8,5	–3%	5,1	4,8	–6%
Leucemias	17,0	16,2	–5%	10,8	9,8	–9%
Otros	43,7	41,5	–5%	26,8	24,9	–7%
Total	**770,8**	**725,5**	**–5,9%**	**424,8**	**434,0**	**2,2%**

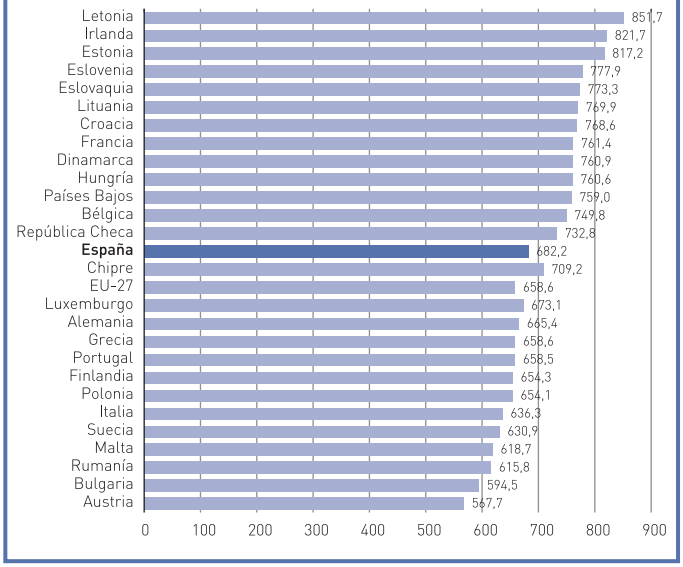
**Sumatorio de cáncer de colon y cáncer rectal. ** Para el cálculo de las estimaciones de incidencia del cáncer del año 2020 se asumió una estabilidad de las tasas de incidencia.*
Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

9 Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 habitantes ajustadas por edad a la población estándar europea (2013) y española (2020)



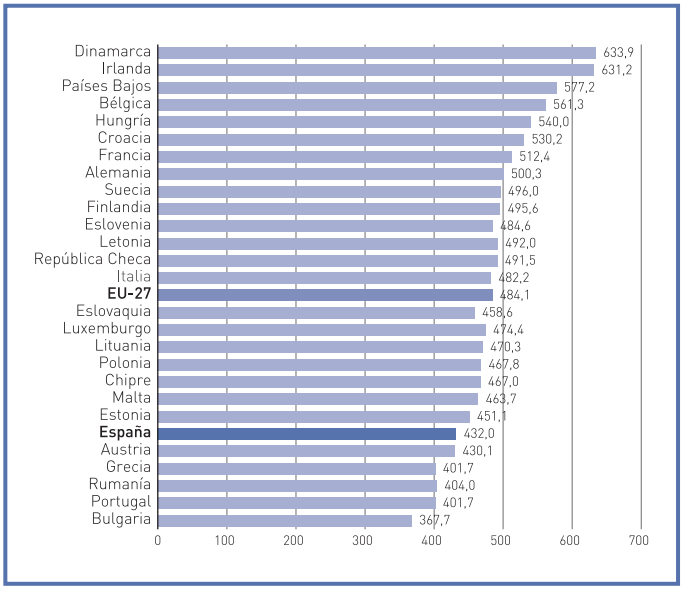
Datos del conjunto de los países de la Unión Europea (UE-27), hombres. Datos del European Cancer Information Service (ECIS) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

10 Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 habitantes ajustadas por edad a la población estándar europea (2013)



Todos los tipos de cáncer excepto piel no melanoma, hombres. Datos del European Cancer Information Service (ECIS) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

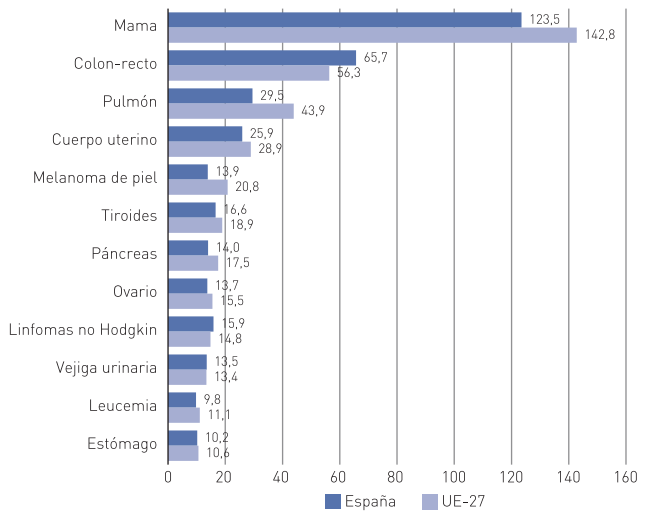
11 Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 habitantes ajustadas por edad a la población estándar europea (2013)



Todos los tipos de cáncer excepto piel no melanoma, 2020, mujeres. Datos del European Cancer Information Service (ECIS) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.



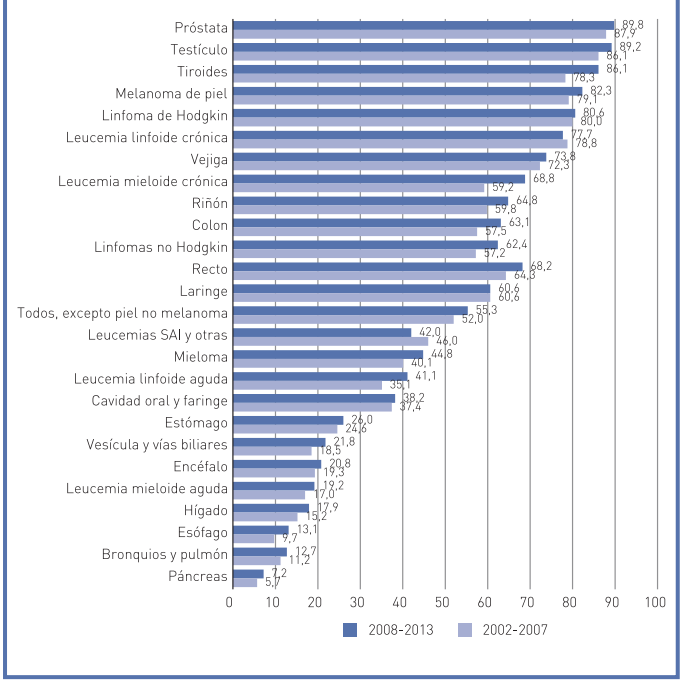
12 Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 habitantes ajustadas por edad a la población estándar europea (2013) y española (2020)



Datos de países de la Unión Europea (UE-27), mujeres. Datos del European Cancer Information Service (ECIS) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

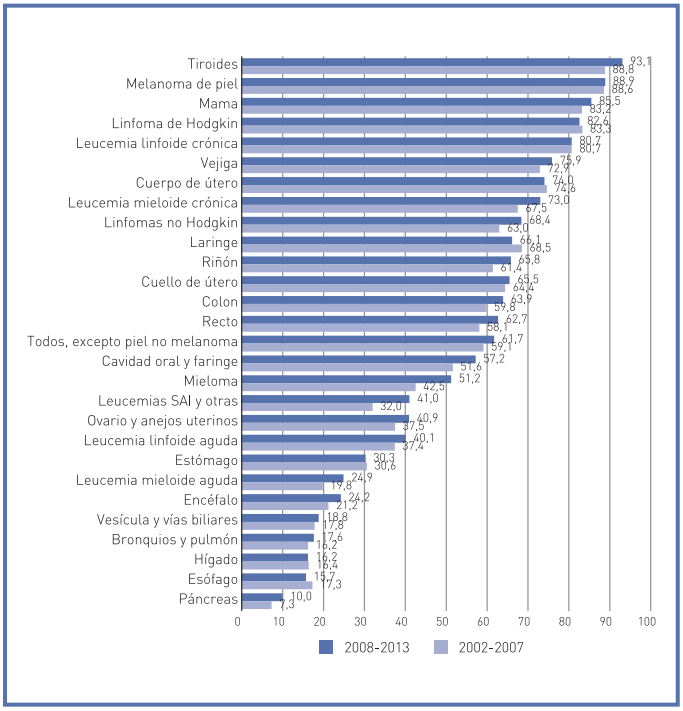


13 Supervivencia neta (%) estandarizada por edad a los 5 años del diagnóstico por tipo de cáncer y periodo en hombres (2002-2013)



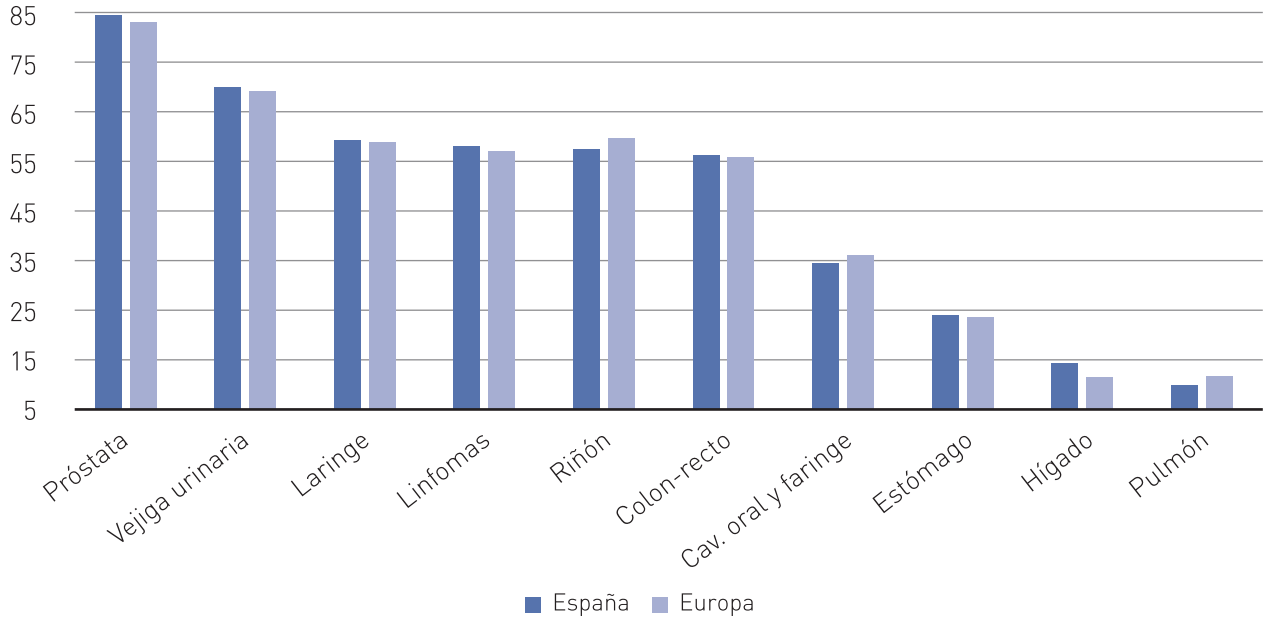
Datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

14 Supervivencia neta (%) estandarizada por edad a los 5 años del diagnóstico por tipo de cáncer y periodo en mujeres (2002-2013)



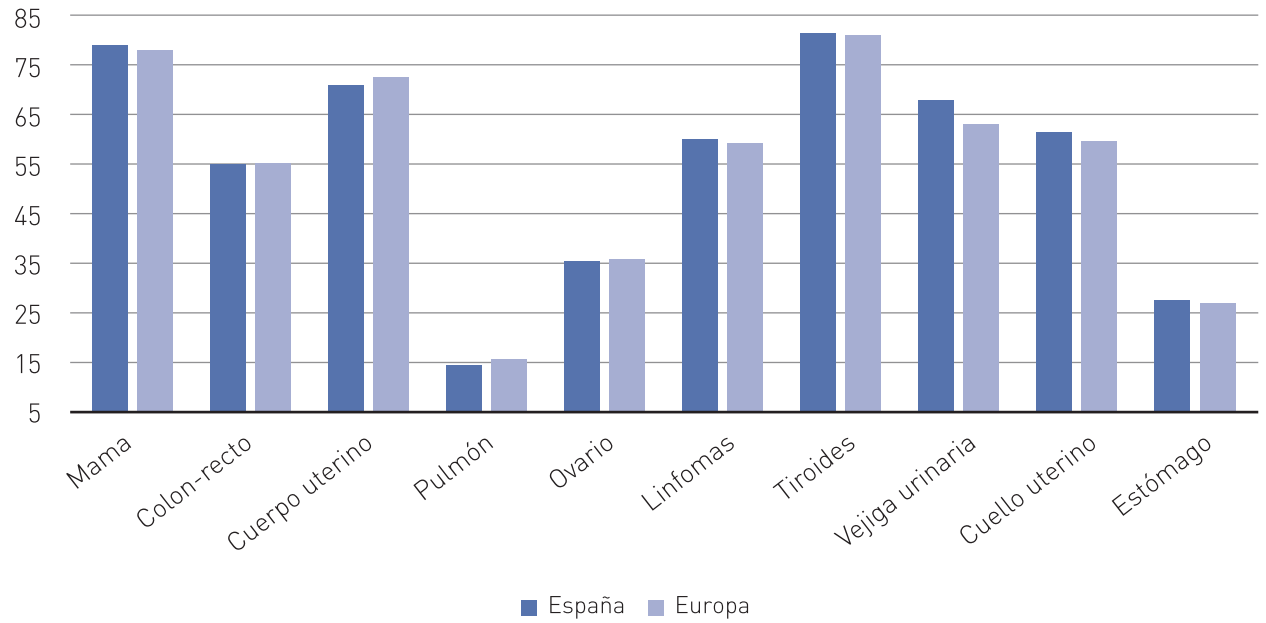
Datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

15 Tasas de supervivencia relativa a 5 años, ajustadas por edad, en personas adultas. Pacientes con cáncer para 10 tipos tumorales en el período 2000-2007 en España y en los países de la Unión Europea (UE-27). Hombres



Datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Informe 2014.
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

16 Tasas de supervivencia relativa a 5 años, ajustadas por edad, en personas adultas. Pacientes con cáncer para 10 tipos tumorales en el período 2000-2007 en España y en los países de la Unión Europea (UE-27). Mujeres



Datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Informe 2014.
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

17 Prevalencia total en hombres (número de casos y tasa) y número de casos prevalentes a 1, 3 y 5 años del diagnóstico

Tipo tumoral	Prevalencia total		Prevalencia a 1, 3 y 5 años del diagnóstico		
	Totales	Tasa	< 1 año	< 3 años	< 5 años
Cavidad oral y faringe	40.087	173,3	5.176	12.992	18.266
Esófago	3.298	14,3	1.203	2.276	2.699
Estómago	15.599	67,4	3.111	6.759	8.887
Colon	126.241	545,6	14.782	39.153	55.988
Recto	65.643	283,7	7.549	19.625	28.776
Hígado	11.347	49,0	3.220	6.513	8.151
Vesícula biliar	3.099	13,4	925	1.782	2.191
Páncreas	4.064	17,6	2.071	3.262	3.644
Laringe	28.542	123,4	2.563	7.061	10.548
Pulmón	35.815	154,8	12.902	24.082	28.617
Melanoma de piel	38.873	168,0	2.370	6.637	9.735
Próstata	259.788	1.122,8	32.532	83.689	122.025
Riñón (sin pelvis)	44.137	190,8	4.432	11.685	17.256
Vejiga urinaria	149.795	647,4	15.901	43.852	62.462
Encéfalo y sistema nervioso	6.290	27,2	1.365	2.670	3.431
Tiroides	17.857	77,2	1.066	2.998	4.742
Linfoma de Hodgkin	16.182	69,9	791	2.202	3.481
Linfomas no hodgkinianos	51.915	224,4	4.199	11.023	16.139
Mieloma	8.925	38,6	1.540	3.699	5.071
Leucemias	27.742	119,9	2.857	7.219	10.276
Otros	111.720	482,8	8.800	21.995	33.982
Todos excepto piel no melanoma	1.066.959	4.611,4	129.355	321.174	456.366

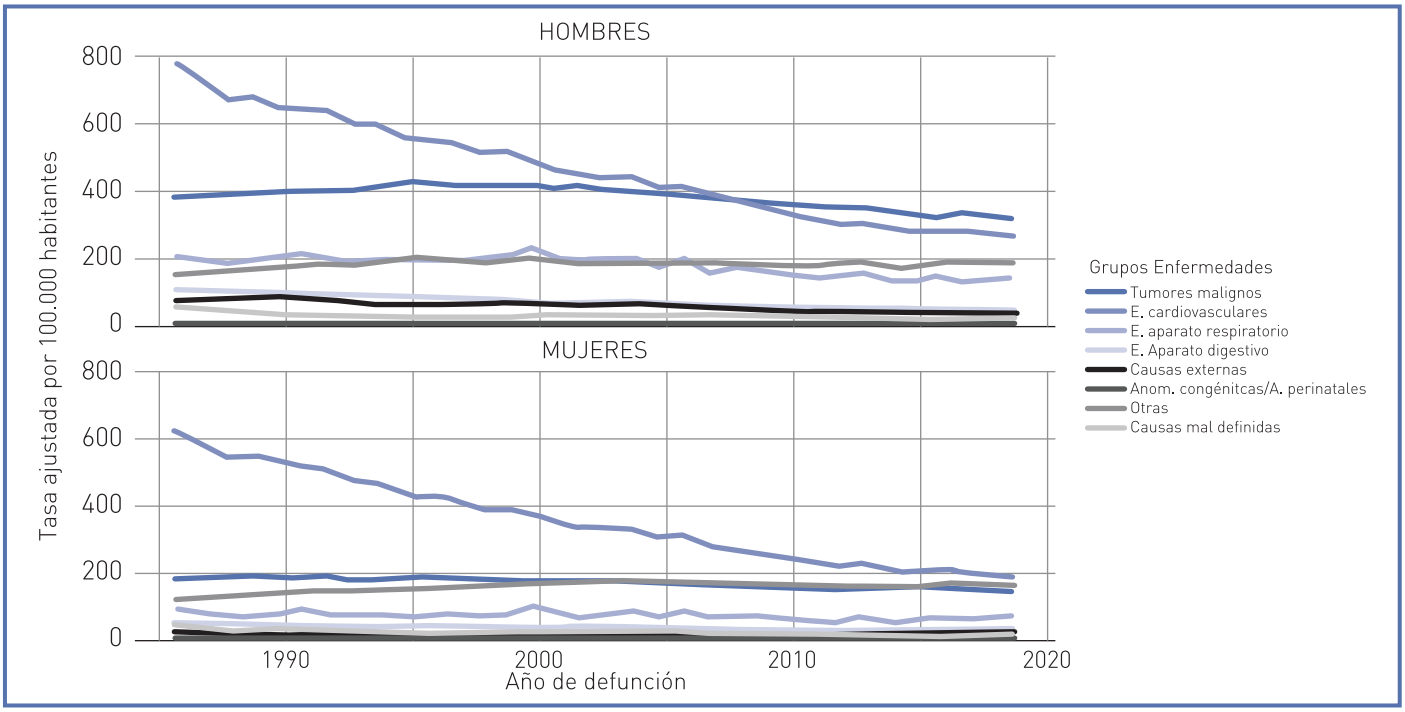
Datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), en España a 31 de diciembre de 2020. Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

18 Prevalencia total en mujeres (número de casos y tasa) y número de casos prevalentes a 1, 3 y 5 años del diagnóstico

Tipo tumoral	Prevalencia total		Prevalencia a 1, 3 y 5 años del diagnóstico		
	Totales	Tasa	< 1 año	< 3 años	< 5 años
Cavidad oral y faringe	18.778	77,8	2.269	5.788	8.271
Esófago	925	3,8	294	536	665
Estómago	12.900	53,4	1.908	4.292	5.741
Colon	100.933	417,9	10.684	28.012	40.923
Recto	47.272	195,7	4.861	12.793	18.946
Hígado	2.982	12,4	942	1.783	2.195
Vesícula biliar	2.629	10,9	796	1.483	1.833
Páncreas	3.775	15,6	1.873	2.962	3.325
Laringe	3.419	14,2	356	941	1.407
Pulmón	16.870	69,9	5.116	10.160	12.526
Melanoma de piel	58.673	242,9	3.573	10.243	15.562
Mama	516.827	2.139,9	32.128	91.122	144.233
Cérvix uterino	39.758	164,6	1.805	5.011	7.605
Cuerpo uterino	83.099	344,1	6.351	17.321	26.748
Ovario	27.585	114,2	2.930	7.163	10.236
Riñón (sin pelvis)	22.187	91,9	1.881	5.128	7.871
Vejiga urinaria	32.692	135,4	3.691	9.719	14.134
Encéfalo y sistema nervioso	6.662	27,6	1.313	2.638	3.466
Tiroides	75.471	312,5	4.080	11.737	18.849
Linfoma de Hodgkin	12.757	52,8	609	1.710	2.722
Linfomas no hodgkinianos	48.143	199,3	3.668	9.847	14.913
Mieloma	7.382	30,6	1.130	2.786	3.883
Leucemias	25.461	105,4	2.085	5.349	7.627
Otros	50.717	210,0	5.378	13.000	19.336
Todos excepto piel no melanoma	1.198.193	4.961,0	97.158	255.200	384.080

Datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), en España a 31 de diciembre de 2020. Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

19 Tendencia de la mortalidad en España por grandes grupos de enfermedad (1986-2018)



Datos del Departamento de Epidemiología de Enfermedades Crónicas. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

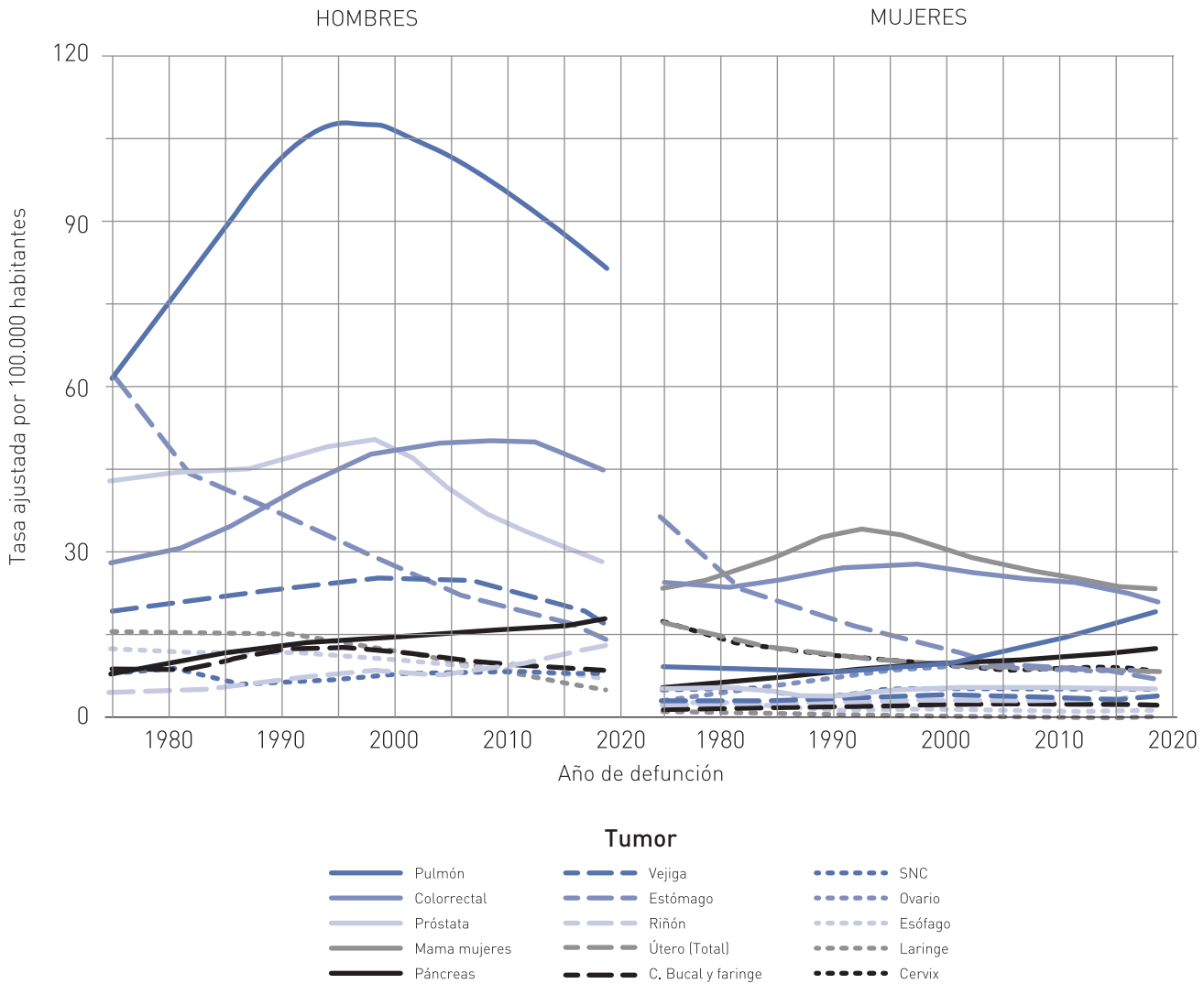
20 Número de defunciones totales y las causadas por los cinco tipos tumorales con mayor mortalidad en España (2018)

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1º	Pulmón 17.159 (%26%)	Mama 6.519 (15%)	Pulmón 22.104 (20%)
2º	Colorrectal 9.200 (14%)	Colorrectal 6.048 (14%)	Colorrectal 15.248 (14%)
3º	Próstata 5.831 (9%)	Pulmón 4.945 (12%)	Páncreas 7.099 (6%)
4º	Páncreas 3.739 (6%)	Páncreas 3.360 (8%)	Mama 6.606 (6%)
5º	Vejiga urinaria 3.509 (5%)	T. mal definidos 2.282 (5%)	Próstata 5.831 (5%)
Total	**66.851**	**42.404**	**109.255**

Datos del Departamento de Epidemiología de Enfermedades Crónicas. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

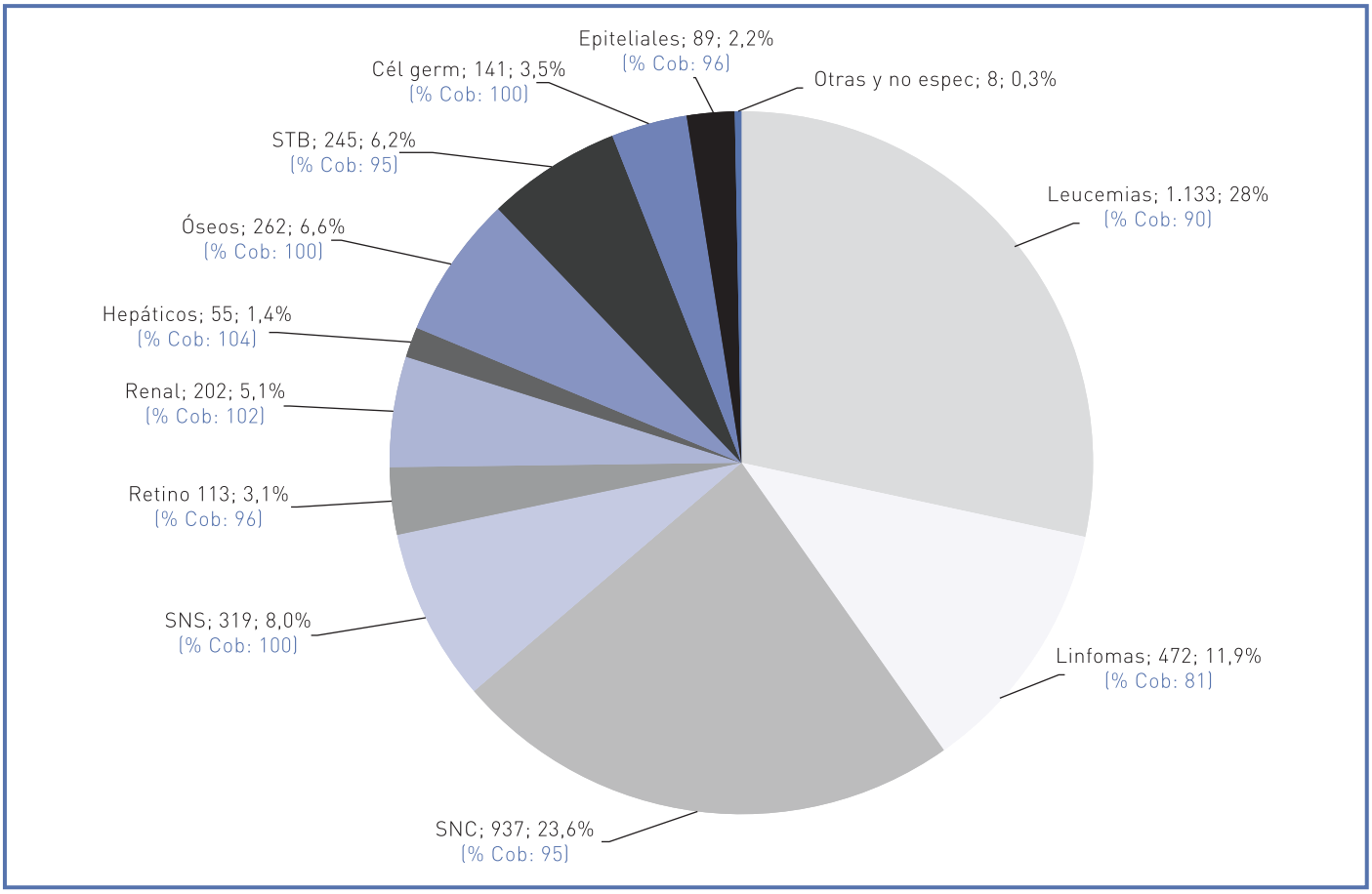


21 Tendencia de la mortalidad por cáncer en España (población estándar europea, 1975-2018)



Datos del Departamento de Epidemiología de Enfermedades Crónicas. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

22 Porcentaje de casos registrados en el RETI por grupo diagnóstico en menores de 14 años (2015-2018)



Total tumores 3.976. RETI: Registro Español de Tumores Infantiles.
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.

23 Incidencia registrada del cáncer infantil (0-14 años) en zonas de alta cobertura (Aragón, Catalunya, Euskadi, Madrid y Navarra) (2000-2017)

	%	Tasas específicas				Bruta	ASRW	M/F
		0	1-4	5-9	10-14	0-14		
TODOS LOS TUMORES	**100**	**257,1**	**196,9**	**129,4**	**130,8**	**157,8**	**160,6**	**1,3**
Leucemias	29,5	38,5	74,0	39,9	31,1	46,5	47,8	1,3
Linfomas	12,8	4,7	12,4	22,7	27,7	20,1	19,6	2,3
LH	36,9	0,3	1,2	6,2	15,8	7,4	7,0	1,9
LNH (no LB)	33,4	0,9	5,0	8,2	8,1	6,7	6,6	1,9
LB	26,6	0,3	5,0	8,2	3,8	5,3	5,3	4,5
SNC	22,9	40,3	43,9	35,5	28,9	36,1	36,6	1,1
SNS	8,3	84,7	19,9	3,6	1,2	13,1	14,2	1,1
Retinoblastomas	3,1	28,2	9,7	0,5	0,1	4,9	5,4	1,0
Renales	4,9	18,9	16,5	4,5	0,9	7,7	8,3	1,0
Hepáticos	1,3	6,2	3,8	0,9	1,0	2,1	2,2	2,0
Óseos	5,6	0,9	2,4	8,1	17,2	8,9	8,4	1,4
STB	6,0	15,5	8,9	7,7	10,6	9,5	9,5	1,3
Cél germinales	3,4	17,4	4,0	3,4	6,0	5,4	5,4	1,1
Melanomas y otros epit	2,0	1,2	1,1	2,6	6,1	3,2	3,1	0,7
Otros y no especificados	0,1	0,6	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	1,7

Datos del Registro Español de Tumores Infantiles (RETI) y de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP).
Fuente: Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad, 2021.


Evidencia científica
Vídeo Paciente
Situaciones clínicas
Estadísticas
Teatro
Literatura
Animaciones
Artículos
Películas
Storytelling
Anclaje del mensaje
Memorabilidad
Cambio de comportamiento
Resultados de estudios
Calidad de vida
Farmacoeconomía
Documentales
Teasers
Mecanismo de acción
saned
GRUPO

1 Salud mental en población adulta según sexo y grupo de edad en España (2020)

	Media
Ambos sexos	**1,40**
De 15 a 24 años	0,96
De 25 a 64 años	1,31
De 65 y más años	1,82
Hombres	**1,13**
De 15 a 24 años	0,74
De 25 a 64 años	1,13
De 65 y más años	1,31
Mujeres	**1,66**
De 15 a 24 años	1,18
De 25 a 64 años	1,50
De 65 y más años	2,22

Media en población de 15 y más años.
Fuentes: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística (INE).

2 Tasa de suicidios en España (2020)

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
De 25 años y más	10,38	16,52	5,11
De 25 a 44 años	7,23	11,01	3,43
De 45 a 64 años	..	..	..
De 65 a 74 años	..	..	..
De 75 años y más	..	..	..

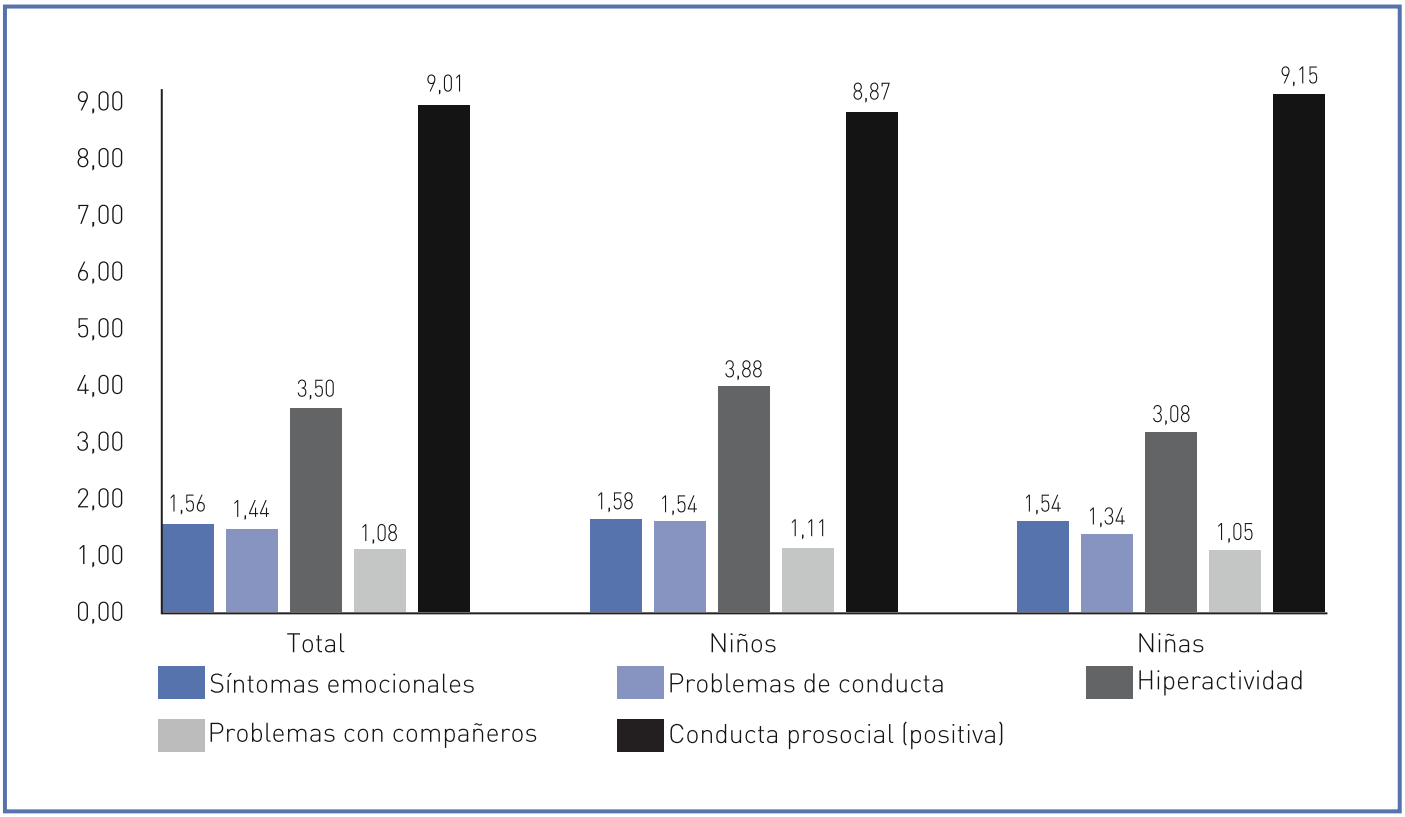
Unidades: tanto por cien mil. El símbolo '..' debe interpretarse como dato que no se proporciona al no tratarse de una de las causas más frecuentes en ese grupo de edad.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

3 Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma (2018-2020)

	2020	2019	2018
Total nacional	**8,322**	**7,793**	**7,573**
Andalucía	9,347	7,575	7,768
Aragón	7,663	8,231	9,120
Asturias, Principado de	12,014	12,549	13,474
Balears, Illes	7,160	8,096	6,039
Canarias	9,267	8,873	8,820
Cantabria	7,899	6,187	4,820
Castilla y León	9,534	9,073	8,837
Castilla-La Mancha	8,810	7,456	6,502
Cataluña	7,261	7,030	6,945
Comunitat Valenciana	8,735	9,001	8,002
Extremadura	8,685	7,433	6,560
Galicia	11,302	10,819	10,152
Madrid, Comunidad de	5,520	5,234	5,192
Murcia, Región de	8,084	8,361	8,587
Navarra, Comunidad Foral de	6,695	7,049	6,036
País Vasco	8,176	6,279	7,504
Rioja, La	9,174	9,223	6,716
Ceuta	4,764	4,735	1,177
Melilla	4,745	1,185	1,182

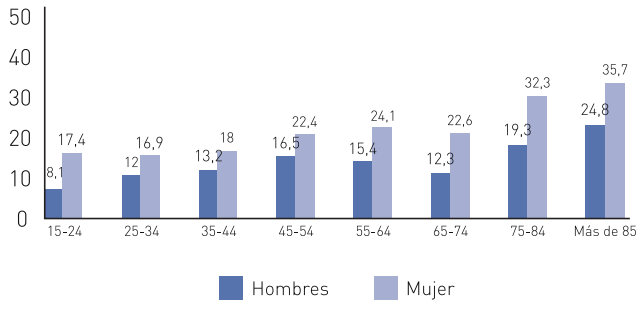
Unidades: tanto por cien mil.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

4 Riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años (2017)

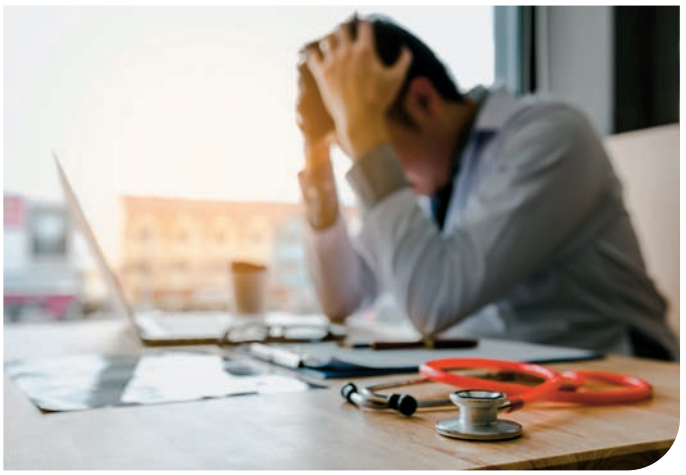


Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

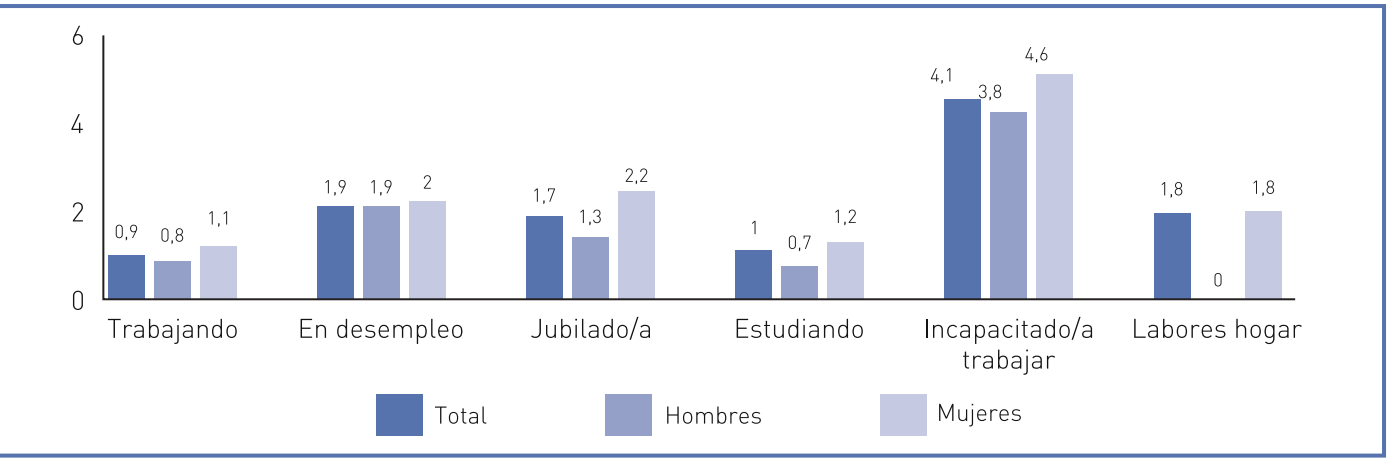
5 Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en mayores de 15 años según grupo de edad (2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

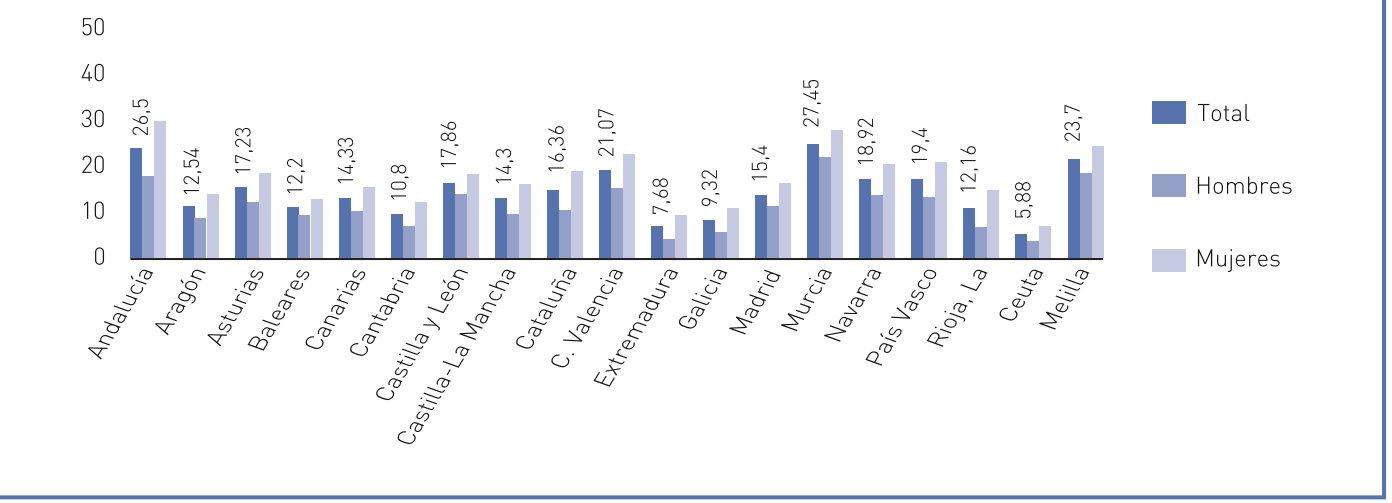


6 Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años según la actividad económica (2017)



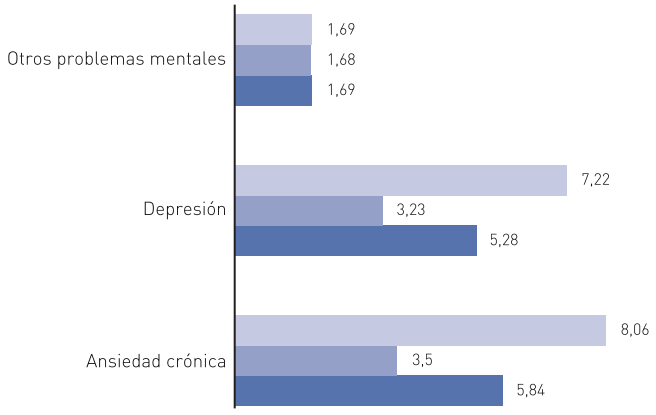
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

7 Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en mayores de 15 años según comunidad autónoma (2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

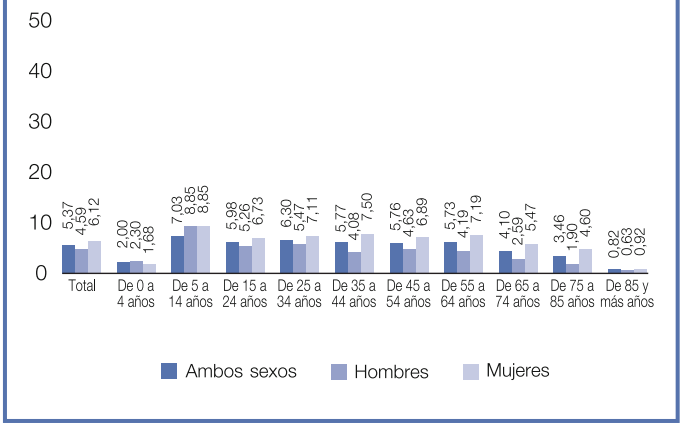
8 Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%) (2020)



	Ansiedad crónica	Depresión	Otros problemas mentales
Mujeres	8,06	7,22	1,69
Hombres	3,5	3,23	1,68
Total	5,84	5,28	1,69

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (EESE), año 2020. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

9 Visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en el último año, según sexo y grupo de edad (%) (2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

11 Gasto en la atención a la salud mental en hospitales del SNS (2017)

	Gasto atención salud mental en hospitales	Gasto total atención especializada en hospitales	% sobre total
Hospitales de agudos*	945.452.666	38.806.865	2,44%
Hospitales de media y larga estancia**	14.195.519	742.650.465	1,91%
Hospitales de salud mental y toxicomanías	521.133.334	521.133.334	100%
Total	**1.480.781.519**	**40.070.121.664**	**3,70%**

**Calculado con base en el coste por proceso hospitalario en el SNS (RAE-CMBD) para hospitalización y mediante coste UPA para actividad ambulatoria y hospital de día. **Calculado mediante el coste UPA estimado para estancias, hospital de día y consultas psiquiátricas más el porcentaje estimado de urgencias (proporcional al resto modalidades).*

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

12 Proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes (2015-2018)

	2015	2016	2017	2018
Andalucía	7,275	7,341	5,629	6,127
Aragón	8,620	8,808	8,740	8,738
Asturias	10,436	10,414	10,777	11,519
Islas Baleares	8,856	8,573	8,723	9,519
Canarias	7,524	6,722	6,981	6,945
Cantabria	6,509	6,536	7,402	7,401
Castilla y León	8,678	8,388	9,862	9,416
Castilla-La Mancha	8,468	8,518	7,771	7,977
Cataluña	9,934	10,127	11,731	12,027
Comunidad Valenciana	5,106	4,890	5,010	5,557
Comunidad Extremadura	6,066	5,272	5,404	5,528
Galicia	6,822	6,855	7,028	7,409
Madrid	9,139	9,168	9,700	10,307
Región de Murcia	5,187	5,176	4,886	4,868
Comunidad Foral de Navarra	4,716	84,857	4,680	7,119
País Vasco	12,567	12,563	13,379	13,670
La Rioja	5,758	6,077	7,043	7,035
Ceuta	1,183	3,540	3,540	5,888
Melilla	3,536	5,900	5,896	4,724
Total España	**8,065**	**8,034**	**8,194**	**8,574**

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

13 Títulos de especialista en Psicología Clínica y en Enfermería de Salud Mental (2021)

Especialidad	Títulos especialista	Títulos especialista < 45 años
Psicología	8.041	6.010
Enfermería de Salud Mental	7.159	5.994

Fuente: Ministerios de Universidades y de Sanidad. Datos a junio de 2021. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

10 Hospitales y centros de especialidades periféricos (CEP) según finalidad asistencial (2018)

	Hospitales generales		Hospitales especializados		Hospitales de media y larga estancia en hospitales		Hospitales de salud mental y toxicomanías en hospitales		Total	
	Hospital	CEP	Hospital	CEP	Hospital	CEP	Hospital	CEP	Hospital	CEP
Público-SNS	291	330	30	4	103	6	44	23	468	363
Privado	206	18	43	0	20	0	45	0	314	18
Total	**497**	**348**	**73**	**4**	**123**	**6**	**89**	**23**	**782**	**381**

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.

¿Piensas en cómo vincularte más con tu Barrio?

Lograr una farmacia más imprescindible para todos UNIENDO lo Sanitario y lo Social



Ya lo estamos haciendo.

En tan sólo 4 meses, ¡¡¡las farmacias farmaSOLIDARIA han compartido ***más de 1.500 Momentos Solidarios*** *de sus clientes/pacientes!!!*

Nosotros nos encargamos de todo, desarrollar los proyectos, los convenios con las entidades sociales, gestionar los certificados de donación, poner en marcha el sistema de recaudación, "vestir" tu farmacia para potenciar la comunicación,…

Súmate y descubre cómo puedes PARTICIPAR.



farma SOLIDARIA®

Conoce que:
farmaSOLIDARIA es independiente, el 100% del programa se sostiene gracias a las cuotas de sus farmacias MIEMBROS, y el 100% de las donaciones recogidas van a los proyectos Solidarios.

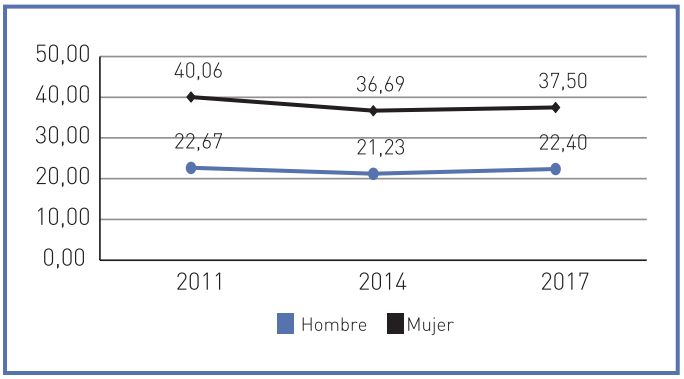
Si quieres AYUDAR en tu Barrio avísanos:
Web: www.farmasolidaria.com
Email: info@farmasolidaria.com
Tf: 606 406 967

1 Prevalencia de las enfermedades reumáticas (2016 y 2000)

Patología	EPISER 2016	EPISER 2000
Artritis reumatoide	0,82 (IC 95%: 0,59-1,15)	0,5 (IC 95%: 0,2-0,8)[1]
Espondilitis anquilosante	0,26 (IC 95%: 0,14-0,49)	No estudiada
Artritis psoriásica	0,58 (IC 95%: 0,38-0,87)	No estudiada
Gota	2,40 (IC 95%: 1,95-2,95)	No estudiada
LES	0,21 (IC 95%: 0,11-0,40)	0,091 (IC 95%: 0,03-0,39)
Síndrome de Sjögren	0,33 (IC 95%: 0,21-0,53)	No estudiada
Fibromialgia	2,45 (IC 95%: 2,06-2,90)	2,37 (IC 95%: 1,53-3,2)
Artrosis cervical (≥ 40 años)	10,10 (IC 95%: 9,07-11,24)	No estudiada
Artrosis lumbar (≥ 40 años)	15,52 (IC 95%: 14,30-16,83)	No estudiada
Artrosis cadera (≥ 40 años)	5,13 (IC 95%: 4,40-5,99)	No estudiada
Artrosis de rodilla (≥ 40 años)	13,83 (IC 95%: 12,66-15,11)	No comparable[2]
Artrosis de mano (≥ 40 años)	7,73 (IC 95%: 6,89-8,67)	No comparable[3]
Fractura osteoporótica (≥ 40 años)	1,83 (IC 95%: 1,41-2,37)	No estudiada
Alto riesgo de fractura de cadera a 10 años (≥ 65 años)	41,82 (IC 95%: 39,35-44,33)	No estudiada

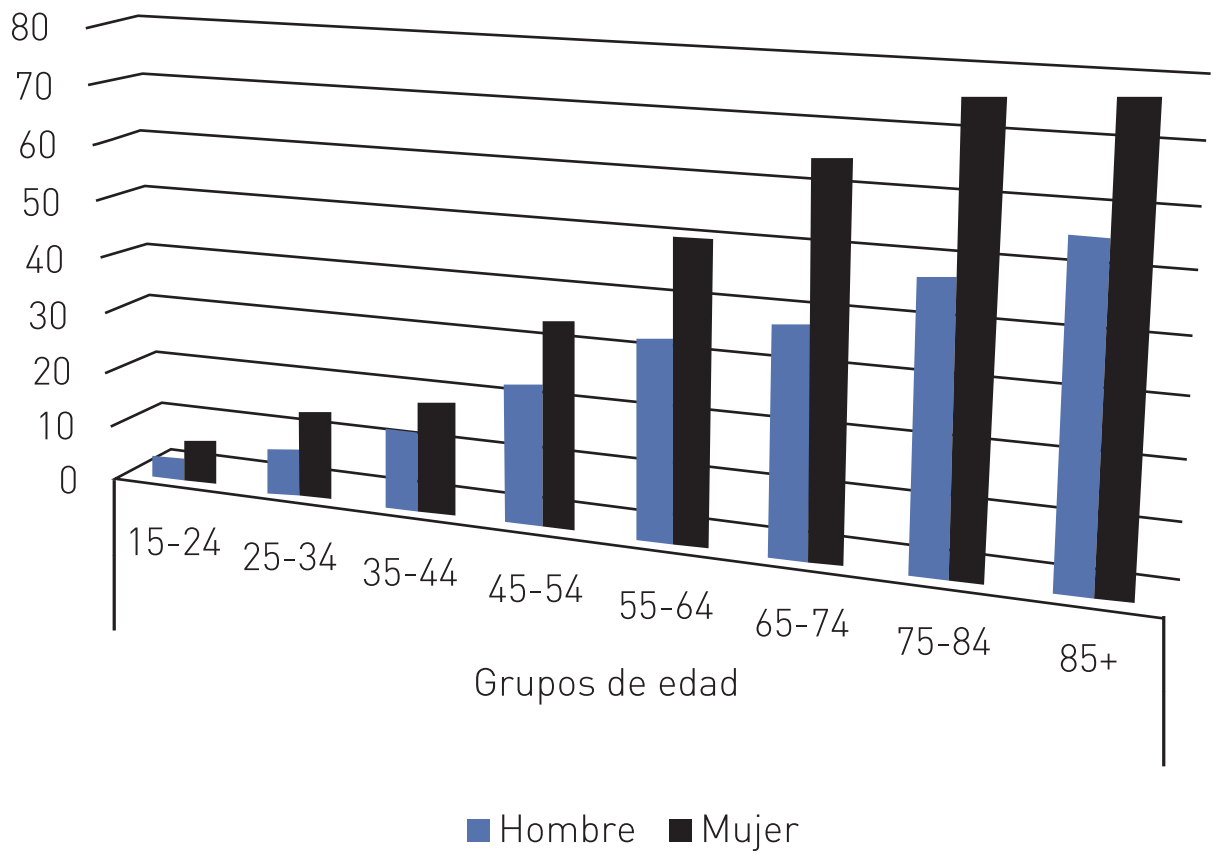
Fuente: Estudios de prevalencia de las enfermedades reumáticas en población adulta en España (EPISER) 2016 y 2000. Sociedad Española de Reumatología (SER).

2 Prevalencia de enfermedad osteoarticular autodeclarada (16 y más años) por sexo (2011, 2014 y 2017)



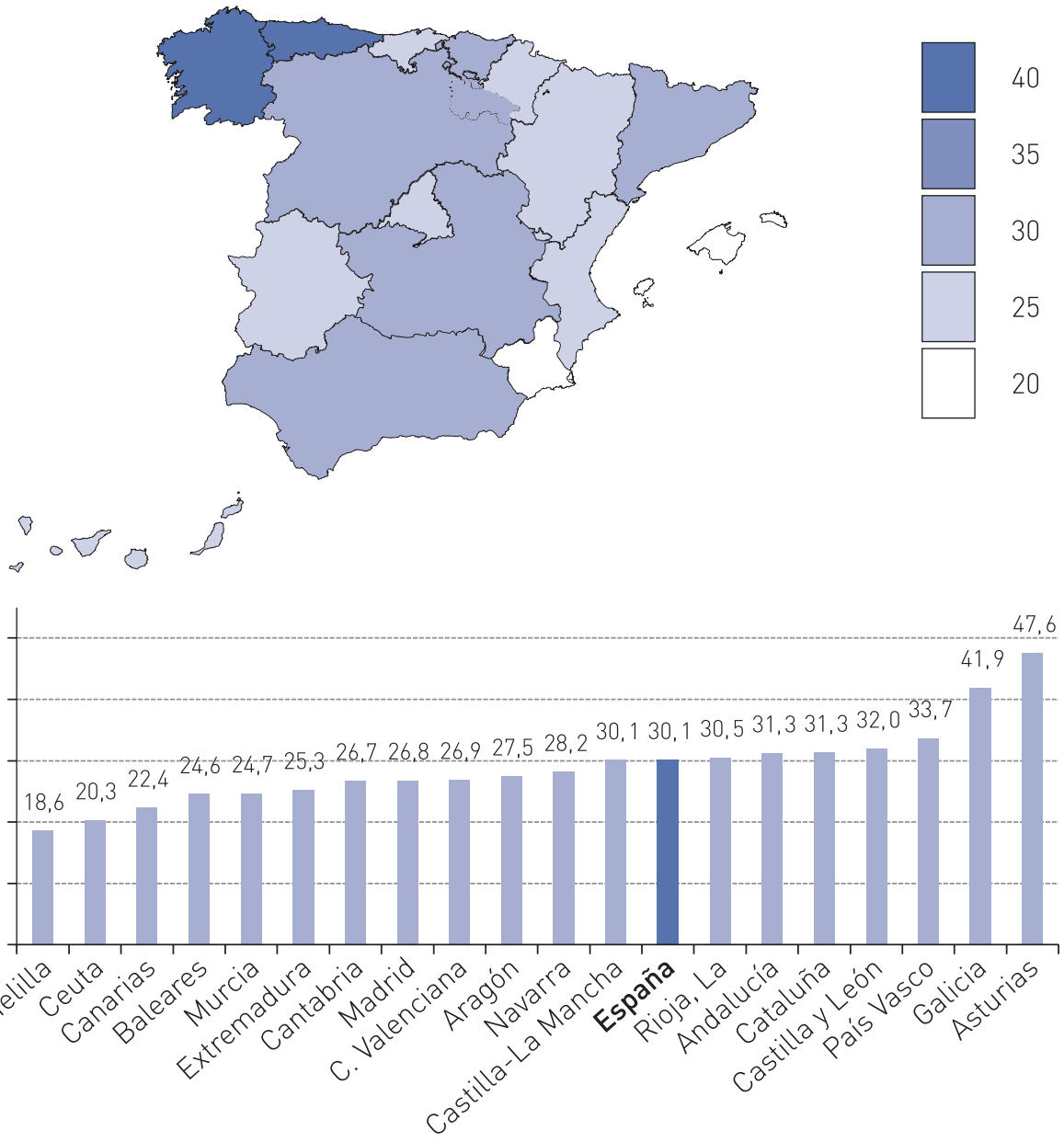
Tasa por 100 habitantes. Para calcular estos indicadores se han obtenido los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2011, 2014 y 2017, desagregados por sexo, de aquellas personas que declaran tener al menos una de las siguientes enfermedades o trastornos/síndromes: artritis reumatoide, osteoporosis, dolor de espalda crónico (cervical) y dolor de espalda crónico (lumbar).Ç
Fuente: Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERyMEs) del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.

3 Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada por grupos de edad (2017)



Tasa por 100 habitantes. Datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017.
Fuente: Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.

4 Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada en España desagregado por CC.AA. (2017)

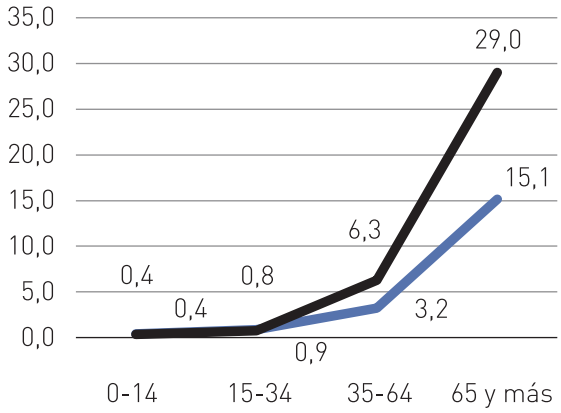


Tasa por 100 habitantes. Datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017.
Fuente: Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.

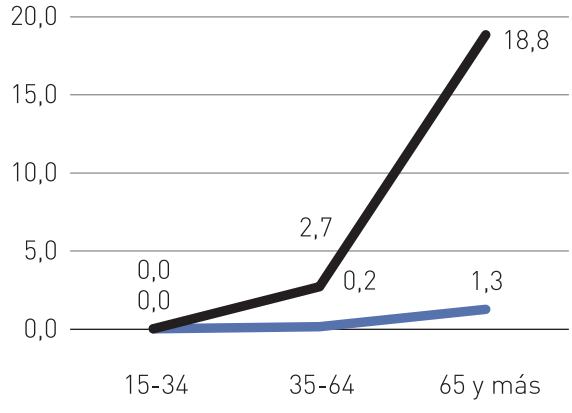


5 Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares y síndromes del cuello en Atención Primaria (2017)

Artrosis:

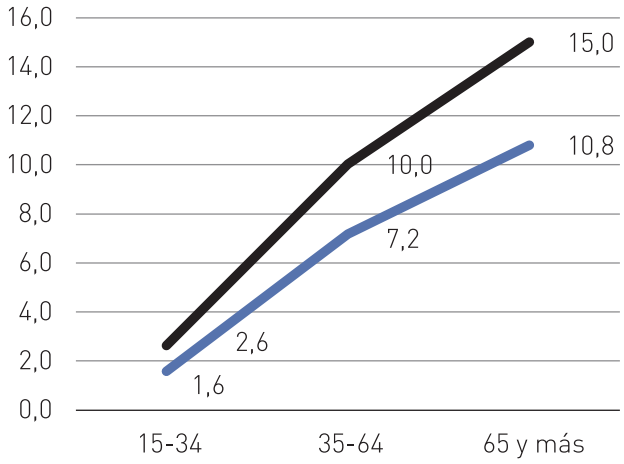


Osteoporosis:

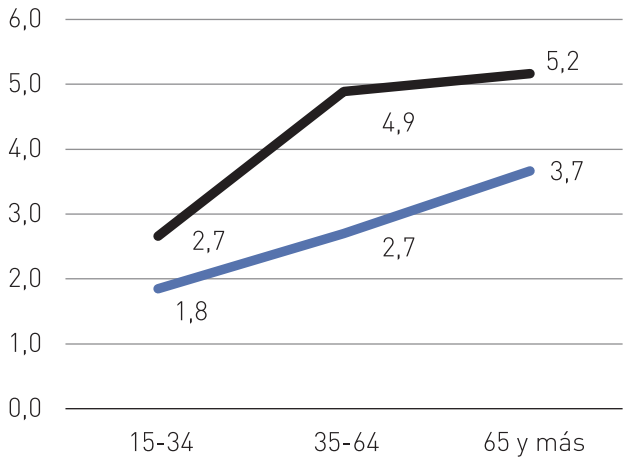


Grupos de edad

Síndromes lumbares:



Síndromes del cuello:



Hombre
Mujer

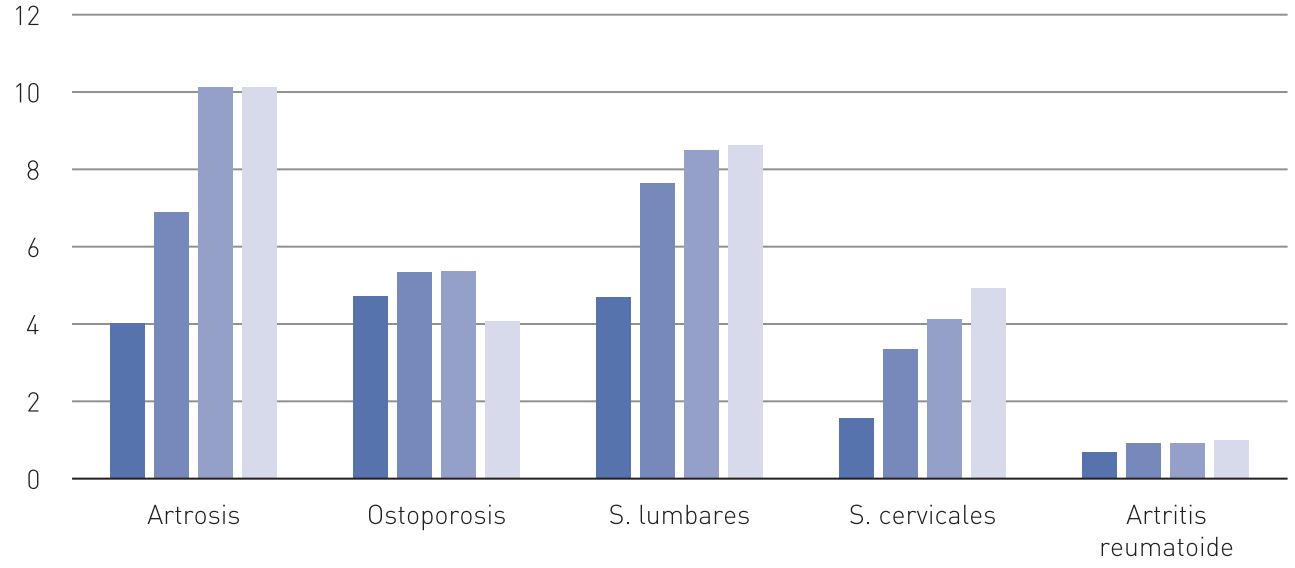
Datos por grandes grupos de edad y sexo por cada 100 personas asignadas en Atención Primaria.
Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) de 2017. Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.



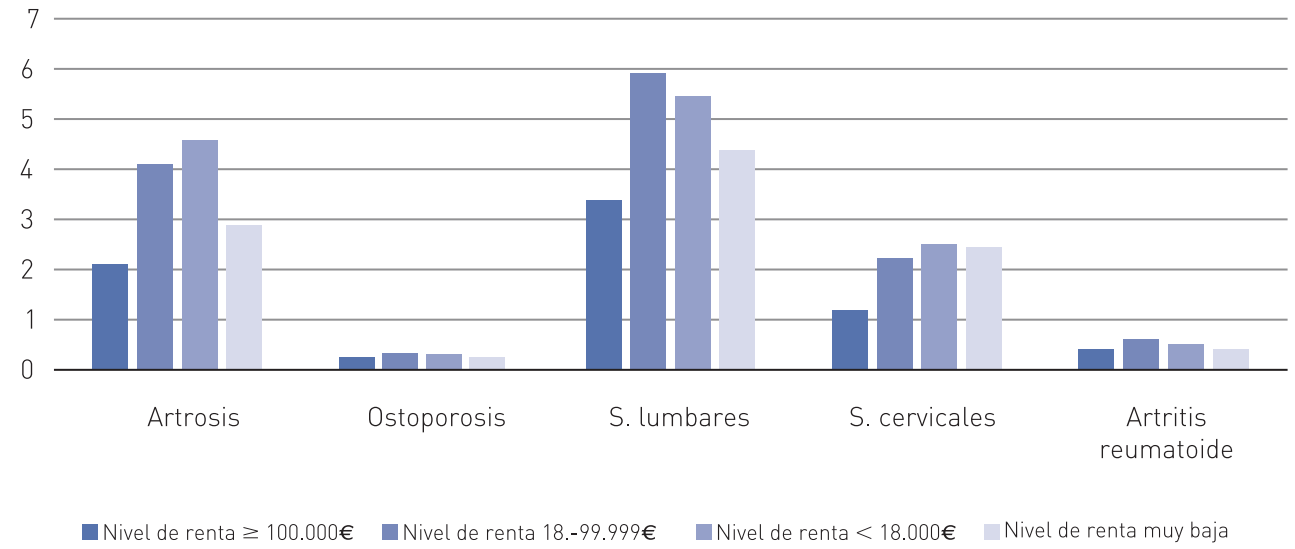


6 Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide en Atención Primaria por nivel de renta (2017)

En mujeres:



En hombres:

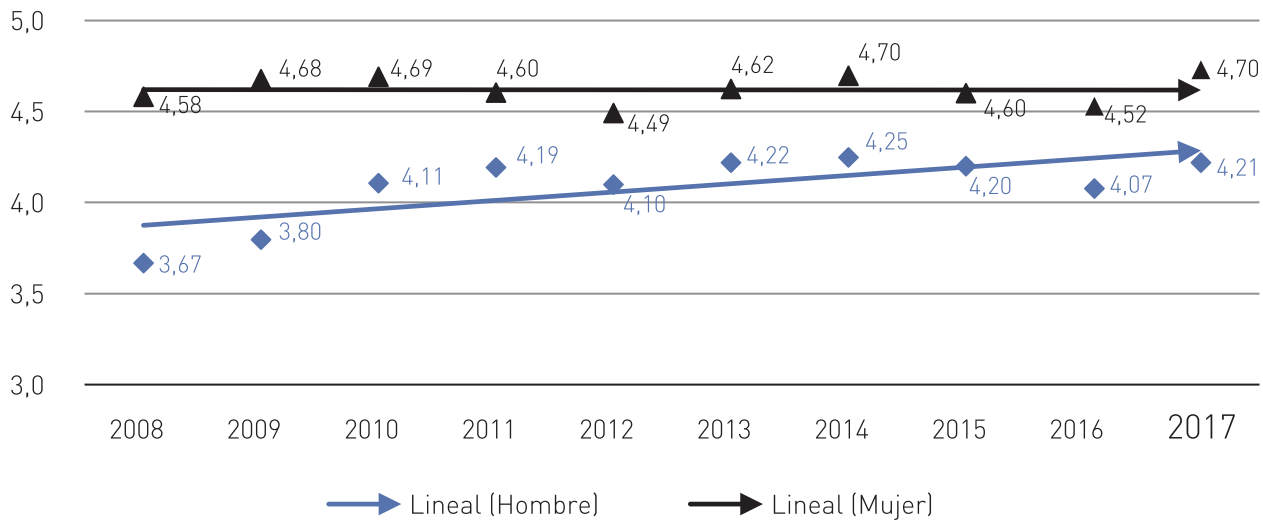




Datos por nivel de renta y sexo por cada 100 personas asignadas en Atención Primaria.
Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) de 2017. Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.



7 Tendencia de la tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por cada 1.000 habitantes (2008-2017)



Fuente: Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.



8 Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por cada 1.000 habitantes (2017)

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	2,62	2,97	2,8
Aragón	6,26	6,73	6,5
Asturias (Principado de)	5,93	6,37	6,16
Baleares (Islas)	3,07	3,65	3,36
Canarias	1,95	2,19	2,07
Cantabria	3,9	4,54	4,22
Castilla y León	4,41	4,71	4,56
Castilla-La Mancha	3,09	3,42	3,25
Cataluña	4,98	5,84	5,42
Com. Valenciana	4,73	4,89	4,81
Extremadura	4,36	5,86	5,12
Galicia	4,41	5,06	4,74
Madrid (Com. de)	4,74	5,4	5,08
Murcia (Región de)	3,14	3,58	3,36
Navarra (Com. Foral de)	7,54	8	7,78
País Vasco	6,54	6,18	6,36
Rioja (La)	4,03	4,09	4,06
Ceuta	1,11	1,53	1,32
Melilla	1,42	1,43	1,43
Total	**4,21**	**4,7**	**4,46**

Fuente: Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.

9 Número de plazas de fisioterapeuta y terapeuta ocupacional en Atención Primaria (2017-2018)

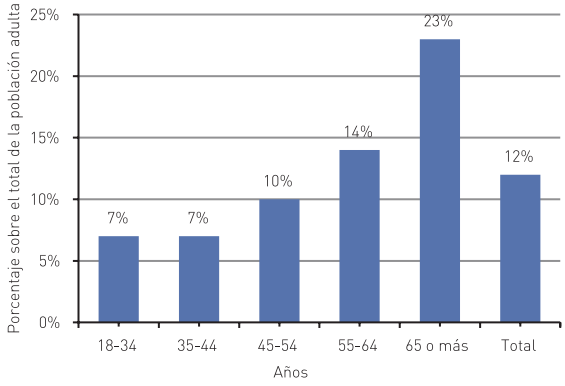
Comunidad Autónoma	2017	2018
Andalucía	311	308
Aragón	50	53
Asturias	78	72
Baleares	46	47
Canarias	41	53
Cantabria	64	61
Castilla y León	143	144
Castilla-La Mancha	162	130
Cataluña	-	-
C. Valenciana	186	185
Extremadura	85	85
Galicia	114	158
Madrid	188	200
Murcia	55	58
Navarra	10	7
País Vasco	0	0
Rioja, La	14	14
Ceuta y Melilla (INGESA)	10	10
España	**1.557**	1.585

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021.



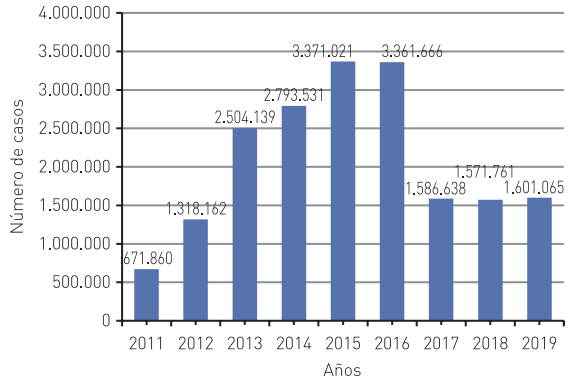
GRUPO

1 Población diagnosticada con enfermedades urológicas en España (2018)



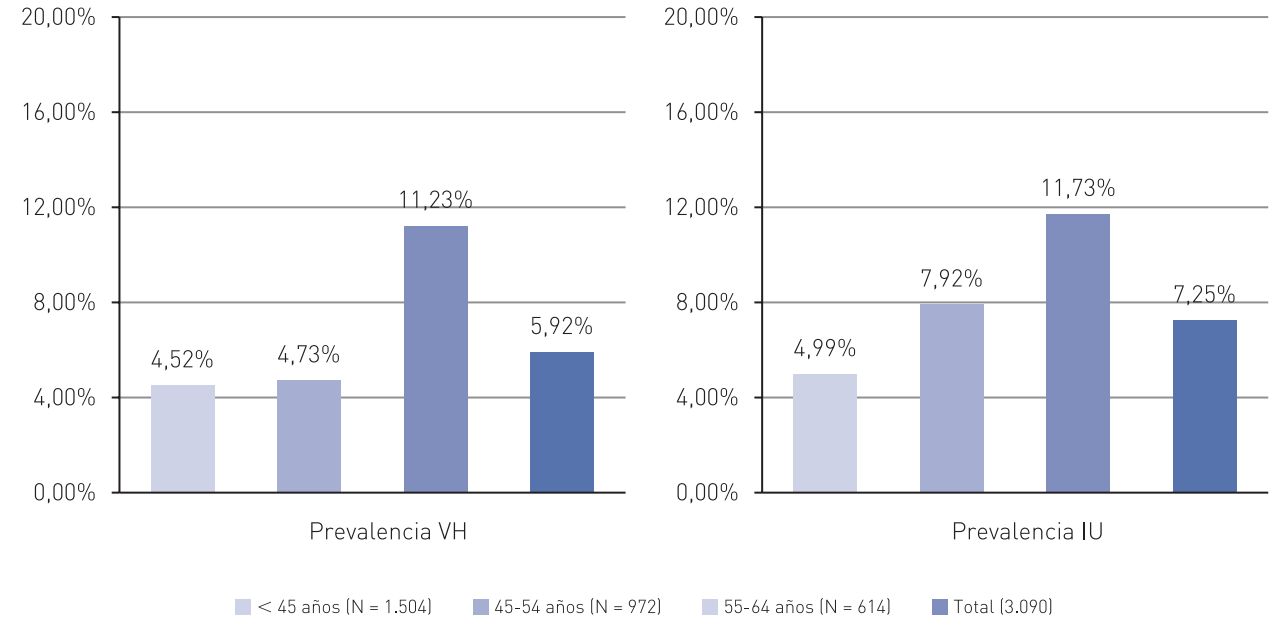
En 2018, el porcentaje de población diagnosticada con enfermedades urológicas asciende al 12%. La prevalencia de estas enfermedades es mayor a partir de los 65 años, especialmente en hombres.
Fuente: Ministerio de Sanidad, 2018.

2 Número de casos de cistitis u otras infecciones urinarias registrados en España (2011-2019)

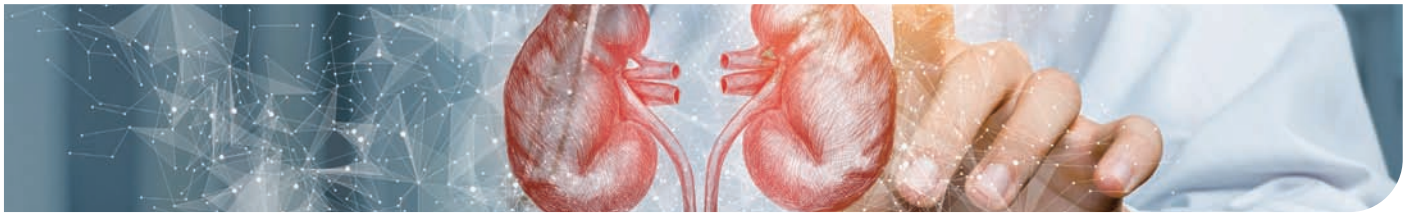


Número absoluto de registros.
Fuente: Ministerio de Sanidad, 2018.Fuente: Ministerio de Sanidad, 2018.

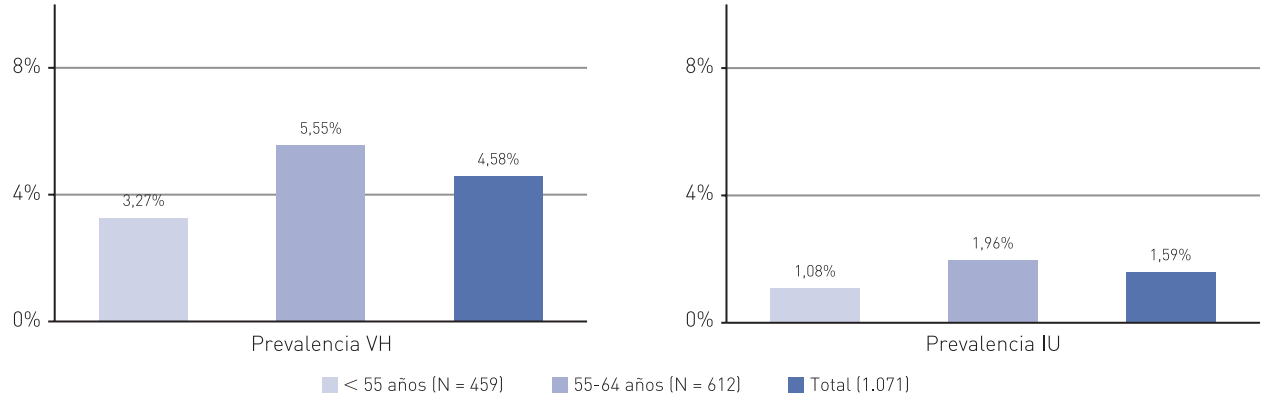
3 Prevalencia de vejiga hiperactiva y de incontinencia urinaria en mujeres entre 25 y 64 años



N = 3.090.
Fuente: Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. Actas Urológicas Españolas 2009;33(2):159-166.



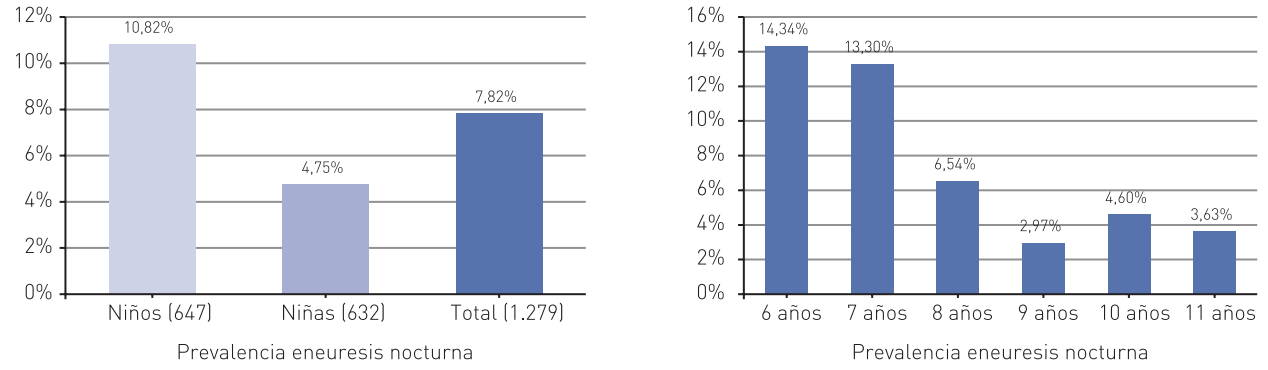
4 Prevalencia de vejiga hiperactiva y de incontinencia urinaria en varones entre 50 y 65 años



N = 1.071.

Fuente: Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. Actas Urológicas Españolas 2009;33(2):159-166.

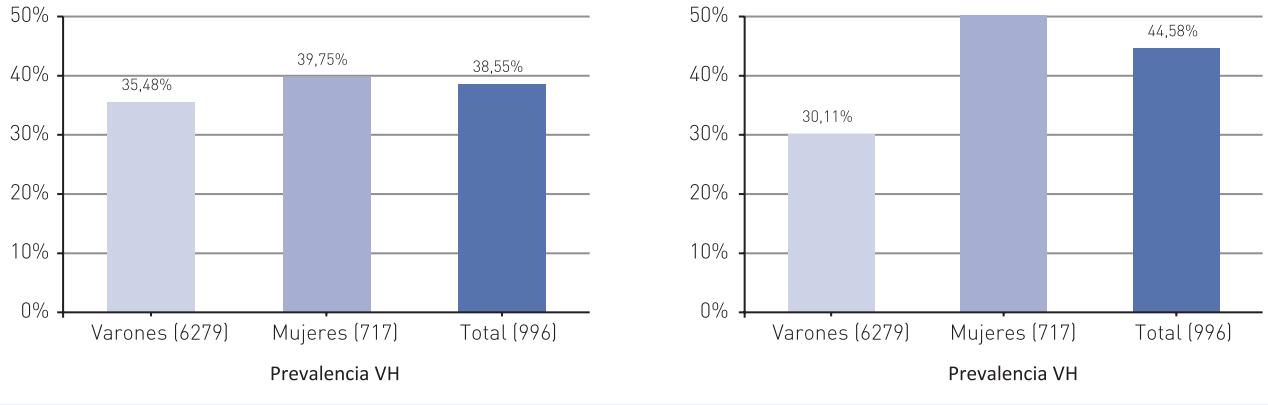
5 Prevalencia de enuresis nocturna en niños entre 6 y 11 años



N = 1.279.

Fuente: Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. Actas Urológicas Españolas 2009;33(2):159-166.

6 Prevalencia de vejiga hiperactiva y de incontinencia urinaria en personas de más de 65 años institucionalizadas



N = 996.

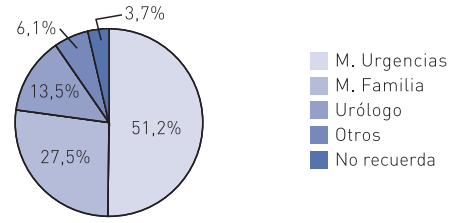
Fuente: Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. Actas Urológicas Españolas 2009;33(2):159-166.

7 Prevalencia de litiasis renal por sexo y grupos de edad

Grupo de edad (años)	Prevalencia (%) de litiasis renal (IC 95%)			Ratio Hombre/Mujer
	Varones	Mujeres	Total	
40-44	13 (9,2-16,8)	14,7 (10,6-18,8)	13,8 (11,1-16,6)	0,88
45-49	12,1 (8,1-16,2)	16,8 (12,1-21,5)	14,4 (11,3-17,5)	0,72
50-54	17,5 (12,0-23,0)	19,2 (13,7-24,6)	18,4 (14,5-22,2)	0,91
55-59	17,4 (11,6-23,3)	15,9 (10,9-20,9)	16,6 (12,8-20,3)	1,09
60-65	23,8 (17,9-29,7)	16,7 (11,8-21,7)	20,1 (16,3-23,9)	1,42
Total	**16,2 (14,0-18,3)**	**16,5 (14,4-18,6)**	**16.4 (14,9-17,8)**	**0,98**

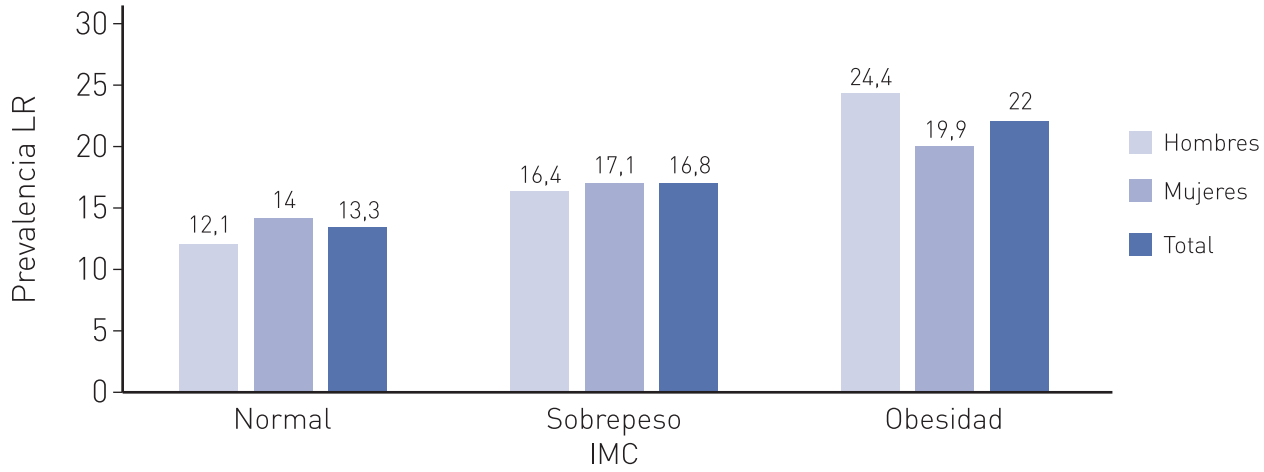
Ratio hombre/mujer. IC95%: Intervalo de confianza para el 95%.
Fuente: Prevalencia de litiasis renal en la población andaluza. Factores asociados, 2017.

10 Profesional que realizó el diagnóstico de litiasis renal



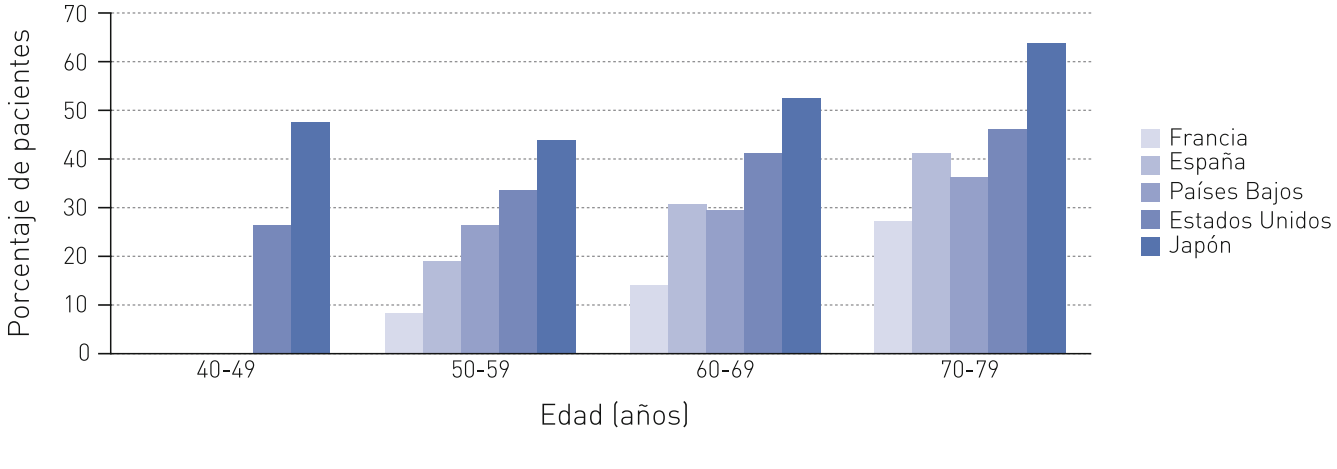
Fuente: Prevalencia de litiasis renal en la población andaluza. Factores asociados, 2017.

8 Prevalencia de litiasis renal por sexos según el índice de masa corporal



Datos de prevalencia expresados en %. LR: litiasis renal. IMC: Índice de Masa Corporal.
Fuente: Prevalencia de litiasis renal en la población andaluza. Factores asociados, 2017.

9 Prevalencia del STUI/HBP en varones mayores de 40 años



STUI: síntomas del tracto urinario inferior. HBP: hiperplasia benigna de próstata.
Fuente: Nuevas perspectivas en el tratamiento farmacológico de la HBP. Actualidad Científica. Avances farmacológicos, 2005.



Every single day is about ***Changing tomorrow.***

Estamos comprometidos en dar respuesta a las necesidades no satisfechas de los pacientes, a través de nuestra experiencia en oncología, urología y trasplante.

Mediante técnicas de investigación innovadoras avanzamos en otras áreas terapéuticas, incluyendo neurociencia, oftalmología, nefrología, salud de la mujer, inmunología y enfermedades musculares.

Nuestra responsabilidad es transformar la innovación científica en valor para nuestros pacientes.

Más información sobre nosotros en:
www.astellas.com/eu
www.astellas.com/es

astellas
Changing tomorrow

© April 2020 Astellas Pharma Europe Ltd.
Date of preparation: April 2020 NON_2020_0033_APE



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en

Lyceum

Lyceum nace para ser la plataforma de referencia en formación médica continuada, con acceso a más de 1000 obras de carácter médico-científico, más de 500 congresos, cursos de formación y apps disponibles para el **profesional sanitario**.

Lyceum

www.lyceum.es

saned GRUPO

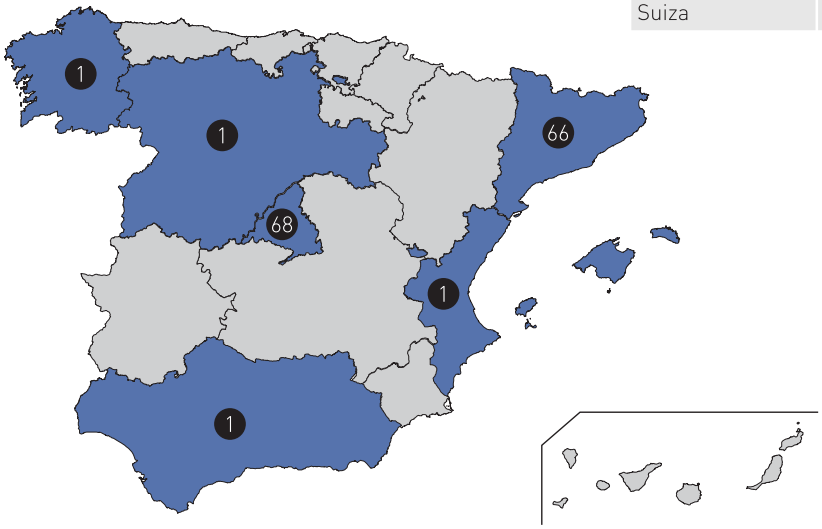
www.gruposaned.com

MEDICAMENTO



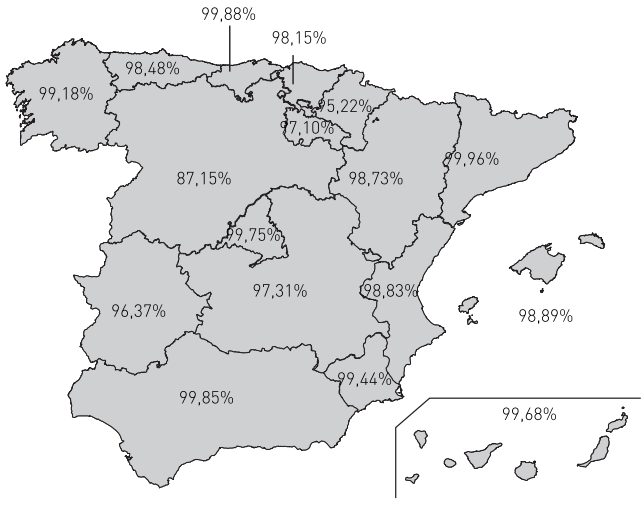
1 Laboratorios asociados a Farmaindustria (2021)

Nacionales: 44		Internacionales: 93		
		Americanos	Europeos	
Total	45	18	76	
Grandes	5		Alemania	7
Pymes (medianos y pequeños)	40		Francia	10
			Mixto	34
			Reino Unido	16
			Suiza	9



En 2021 había 139 laboratorios asociados a Farmaindustria. Representan, en términos de ventas, el 71,3% del mercado total de prescripción (oficinas de farmacia y hospitales).
Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

2 Implantación de la receta electrónica en el SNS (2021)



Receta electrónica implantada en todos los centros sanitarios, consultorios, hospitales y oficinas de farmacia: 97,78%. Datos de febrero de 2022 de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad.
Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

3 Industria farmacéutica en la Unión Europea-13 (2019)

País	Número de laboratorios (1)	Producción (millones euros) (2)	Empleo	Ventas internas (PVL) (millones euros) (3)	Comercio exterior (PVL) (millones euros) (4)	
					Importaciones	Exportaciones
Alemania	104	33.158	119.994	40.456	52.679	81.862
Austria	250	3.024	16.094	4.583	9.898	11.150
Bélgica	130	17.547	38.489	5.988	42.332	49.732
Dinamarca	38	14.931	24.821	311	4.217	17.041
España	**137**	**15.832**	**47.449**	**17.105**	**14.767**	**11.953**
Finlandia	40	1.877	5.672	2.712	1.985	669
Francia	270	35.848	98.780	29.304	26.012	32.556
Grecia	60	1.376	25.700	5.158	2.957	1.944
Holanda	42	6.180	20.000	5.770	29.928	44.382
Irlanda	50	19.305	37.000	2.279	7.686	49.521
Italia	200	34.000	65.800	24.099	27.867	31.666
Portugal	116	1.737	9.000	3.409	2.803	1.229
Suecia	90	9.840	11.012	4.313	4.391	9.918
Total UE-13*	**1.527**	**194.115**	**519.811**	**145.487**	**227.522**	**343.623**

(*) Desde el 31 de enero de 2020 el Reino Unido ya no forma parte de la Unión, y no se dispone de datos de Luxemburgo. 1. Laboratorios miembros de las asociaciones de la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA, por sus siglas en inglés). 2. Los datos se refieren a actividades de producción de especialidades farmacéuticas y materias primas de uso humano y veterinario, excepto en Alemania, España e Irlanda, donde corresponden únicamente a la actividad destinada a uso humano. 3. Incluye las ventas a través de oficinas de farmacia, hospitales y otros canales de distribución. 4. Comercio exterior farmacéutico (SITC 54). Incluye productos veterinarios. Datos de EFPIA y Eurostat (Comex Database).
Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

4 Estrategia Española de Ciencia y Tecnología e Innovación (EECTI) (2021-2027)

Indicador	Año disponible	Dato año más reciente	Dato UE	Valor efectivo 2017
Porcentaje del gasto nacional en I+D s/PIB	2018	1,24%	2,12%	2,12%
% del gasto en I+D interna financiado por el sector empresas	2018	49,5%	58% (2017)	58%
% del gasto en I+D interna financiado por el sector AAPP	2018	37,6%	29,3% (2017)	30,0%
Porcentaje de gasto en I+D realizado dentro del sector empresarial respecto al PIB	2018	0,7%	1,4%	1,5%
Porcentaje de gasto de I+D de las PYMEs	2018	46,9%	-	50,0%
Porcentaje de gasto en I+D de las AAPP financiado por el sector empresas	2018	6,9%	8,3% (2016)	8,0%

Fuente: Estrategia Española de Ciencia y Tecnología e Innovación, 2021-2027. Ministerio de Ciencia e Innovación.



5 Mercado interior de medicamentos (2021)

	Mercado interior de medicamentos (PVL, millones de euros)					
	Oficinas de farmacia (1)	Incremento (%)	Hospitales (2)	Incremento (%)	Total	Incremento (%)
2018	9.720	1,8%	6.635	7,7%	16.355	4,1%
2019	9.942	2,3%	7.156	7,9%	17.098	4,5%
2020	10.009	0,7%	7.580	5,9%	17.589	2,9%
2021	10.357	3,5%	8.085	6,7%	18.441	4,8%

PVL, millones de euros. 1. Ventas de medicamentos en oficinas de farmacia, netas de deducciones (RDL 8/2010) a PVL. 2. Datos provisionales de gasto hospitalario público correspondiente a CCAA, mutualidades de funcionarios e instituciones penitenciarias publicados por el Ministerio de Hacienda (a PVL, sin IVA). Datos de oficinas de Farmacia, IQVIA, Farmaindustria y Ministerio de Hacienda. Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

6 Ventas totales de medicamentos a través de oficinas de farmacia por grupos terapéuticos (2021)

Grupo terapéutico	Unidades (miles)	Cuota (%)	Incremento (%)	Valores PVL (miles)	Cuota (%)	Incremento (%)	PVL medio (euros)	Incremento (%)
N Sistema Nervioso	378.574	28,62%	4,45%	2.474.751	23,23%	1,79%	6,54	-2,55%
C Aparato Cardiovascular	270.238	20,43%	0,70%	1.575.341	14,79%	-0,37%	5,83	-1,06%
A Aparato Digest. y Metabol.	215.506	16,29%	4,03%	2.245.488	21,08%	9,39%	10,42	5,15%
R Aparato Respiratorio	102.239	7,73%	-4,46%	962.458	9,03%	-4,62%	9,41	-0,16%
M Aparato Locomotor	73.700	5,57%	2,06%	444.289	4,17%	6,76%	6,03	4,60%
B Sangre y Órganos Hemato.	69.105	5,22%	2,29%	849.234	7,97%	8,86%	12,29	6,42%
G Sistema Genitourinarios	54.248	4,10%	2,73%	638.443	5,99%	5,37%	11,77	2,57%
D Dermatológicos	47.360	3,58%	3,88%	298.674	2,80%	6,37%	6,31	2,40%
J Antiinfecciosos Vía General	39.311	2,97%	2,17%	215.526	2,02%	-0,30%	5,48	-2,41%
S Órganos de los sentidos	35.135	2,66%	-0,63%	291.363	2,73%	-0,74%	8,29	-0,11%
H Hormonas	23.370	1,77%	7,29%	219.049	2,06%	9,19%	9,37	1,77%
L Antineoplásicos y Agentes Inmunomodulares	7.518	0,57%	-0,23%	367.713	3,45%	-0,29%	48,91	-0,05%
K Soluciones Hospitalarias	3.235	0,24%	3,58%	3.994	0,04%	3,19%	1,23	-0,38%
P Antiparasitarios	1.841	0,14%	13,82%	11.328	0,11%	42,51%	6,15	25,20%
V Varios	1.519	0,11%	4,05%	55.649	0,52%	10,87%	36,63	6,55%
T Agentes de Diagnostico	13	0,00%	5,06%	234	0,00%	8,66%	18,32	3,43%
Total	**1.322.912**	**100%**	**+2,35%**	**10.653.536**	**100%**	**+3,45%**	**8,05**	**+1,07%**

Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

7 Estrategia Española de Ciencia y Tecnología e Innovación (EECTI) (2021-2027)

Subgrupo terapéutico ATC2	Consumo PVL* (miles de euros)	Porcentaje s/total	Porcentaje 2018/2017	Número envases (miles)
L01 Agentes antineoplásicos	2.044.430,7	24,9	16,9	4.364
L04 Inmunosupresores	1.950.271,7	23,7	23,5	2.607
J05 Antivirales de uso sistémico	947.752,4	11,5	-6,5	2.748
B02 Antihemorrágicos	348.343,0	4,2	12,5	853
J01 Antibacterianos para uso sistémico	263.516,8	3,2	7,5	4.306
J06 Sueros inmunes e inmunoglobulinas	220.033,3	2,7	13,9	614
L03 Inmunoestimulantes	189.619,8	2,3	-3,3	653
A16 Otros productos para el tracto alimentario y metabolismo	187.354,8	2,3	11,2	168
B03 Preparados antianémicos	181.205,1	2,2	-18,5	1.560
R03 Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	177.477,0	2,2	25,0	2.039
% s/total		**79,2**		

ATC2: clasificación anatómica, terapéutica y química, nivel 2: subgrupo terapéutico. PVL: precio venta laboratorio-deducción RDL 8/2010. s/total: sobre el total. Datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información de consumo hospitalario.*
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

8 Gasto del SNS por recetas dispensadas a través de farmacia (2021)

Año	Gasto (millones euros PVP iva)	Incremento (%)	Número recetas (millones)	Incremento (%)	Gasto por receta (euros)	Incremento (%)
2010	12.207,7	-2,4%	957,7	+2,5%	12,7	-4,8%
2011	11.135,4	-8,8%	973,2	+1,6%	11,4	-10,2%
2012	9.770,9	-12,0%	913,8	-6,1%	10,6	-6,6%
2013	9.183,2	-6,0%	859,6	-5,9%	10,6	-0,1%
2014	9.360,5	+1,9%	868,6	+1,1%	10,7	+0,9%
2015	9.535,1	+1,9%	882,1	+1,6%	10,8	+0,3%
2016	9.912,8	+4,0%	901,6	+2,2%	10,9	+1,7%
2017	10.170,8	+2,6%	908,5	+0,8%	11,1	+1,8%
2018	10.481,9	+3,0%	945,8	+4,1%	11,0	-0,9%
2019	10.794,0	+2,9%	971,2	+2,6%	11,1	+0,2%
2020	11.077,3	+2,6%	979,2	+0,8%	11,3	+1,8%
2021	11.746,9	+6,0%	1.022,7	+4,5%	11,5	+1,5%

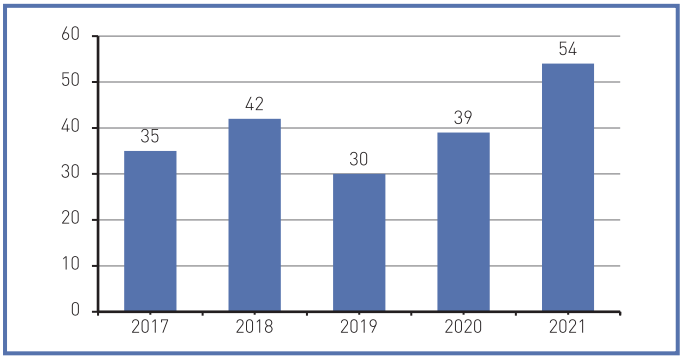
Datos del Ministerio de Sanidad.
Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

9 Gasto farmacéutico por CC.AA. (2021)

Comunidad	Cuota gasto (%)	Euros per cápita	Inc. (%)
Extremadura	3,0%	332,5	6,4%
Asturias	2,6%	298,6	5,3%
Galicia	6,6%	289,8	6,1%
Castilla y León	5,9%	288,4	5,3%
Cantabria	1,4%	282,0	5,1%
Murcia	3,6%	278,0	7,1%
Castilla-La Mancha	4,8%	277,3	4,6%
Canarias	5,0%	272,7	6,6%
C. Valenciana	11,6%	269,7	5,1%
Aragón	3,0%	268,4	5,0%
Andalucía	18,2%	251,9	7,6%
Total España	**100,0%**	**247,9**	**6,2%**
La Rioja	0,7%	243,0	5,5%
País Vasco	4,2%	224,3	2,3%
Navarra	1,3%	222,9	6,7%
Baleares	2,1%	211,8	5,6%
Cataluña	13,8%	209,1	6,5%
Madrid	11,9%	206,8	7,5%

Facturación de recetas médicas (Ministerio de Sanidad) y Cifras Padrón Municipal (INE).
Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

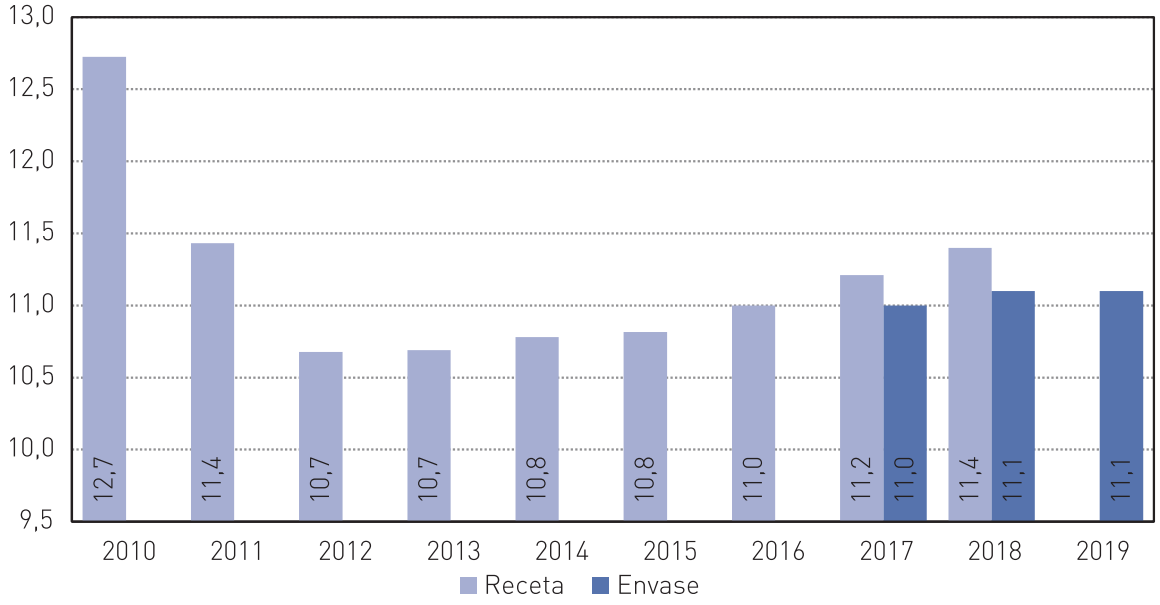
10 Evolución del número de aprobaciones de nuevas moléculas en Europa (2017-2021)



Fuente: Agencia Europea del Medicamento (EMA).

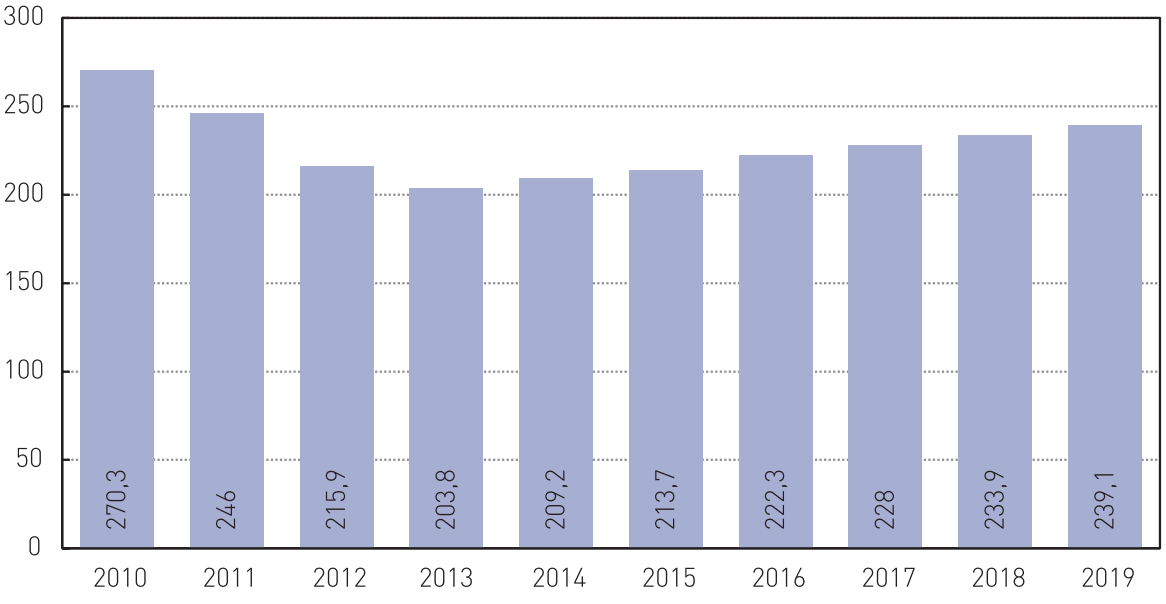


11 Evolución del gasto medio por receta y envase (2010-2019)



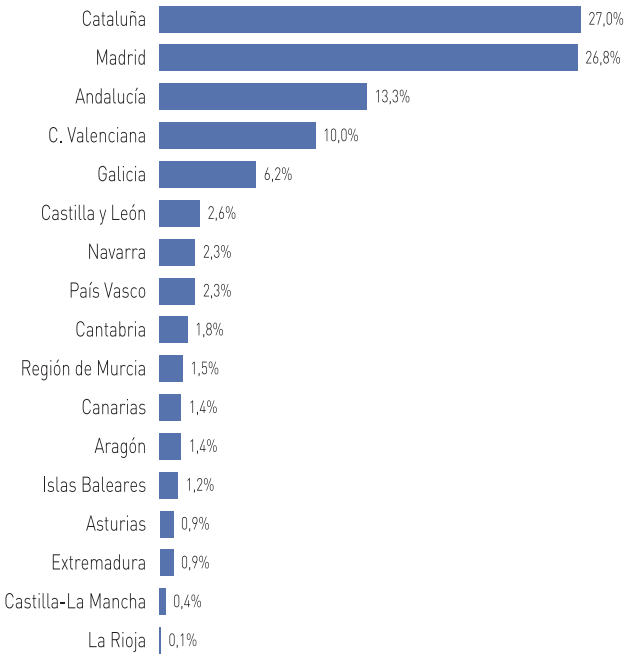
Datos del Sistema de información Alcántara: Partes estadísticos de facturación de recetas médicas. Incluye comunidades autónomas, INGESA y mutualidades.
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

12 Evolución del gasto medio por habitante y año del SNS (2010-2019)



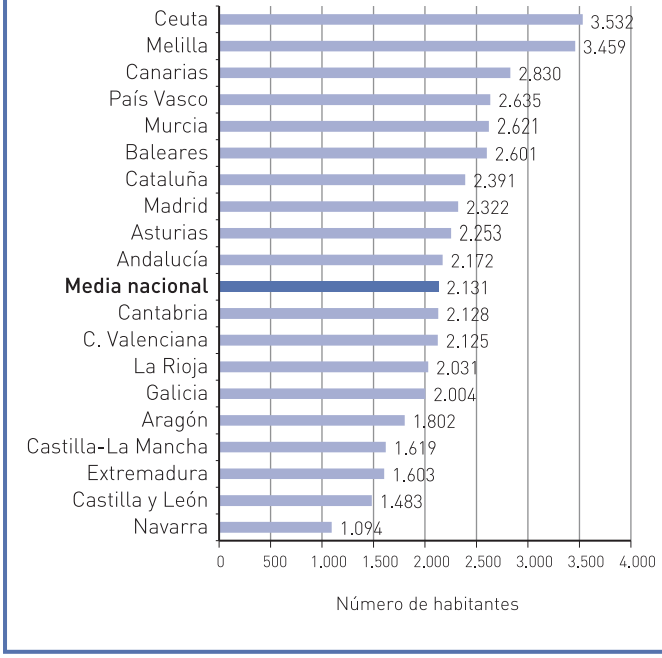
Datos del Sistema de información Alcántara: Partes estadísticos de facturación de recetas médicas. Incluye comunidades autónomas, INGESA y mutualidades. Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (Instituto Nacional de Estadística).
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

13 Distribución por CC.AA. de los centros participantes en ensayos clínicos de la industria farmacéutica (2016-2021)



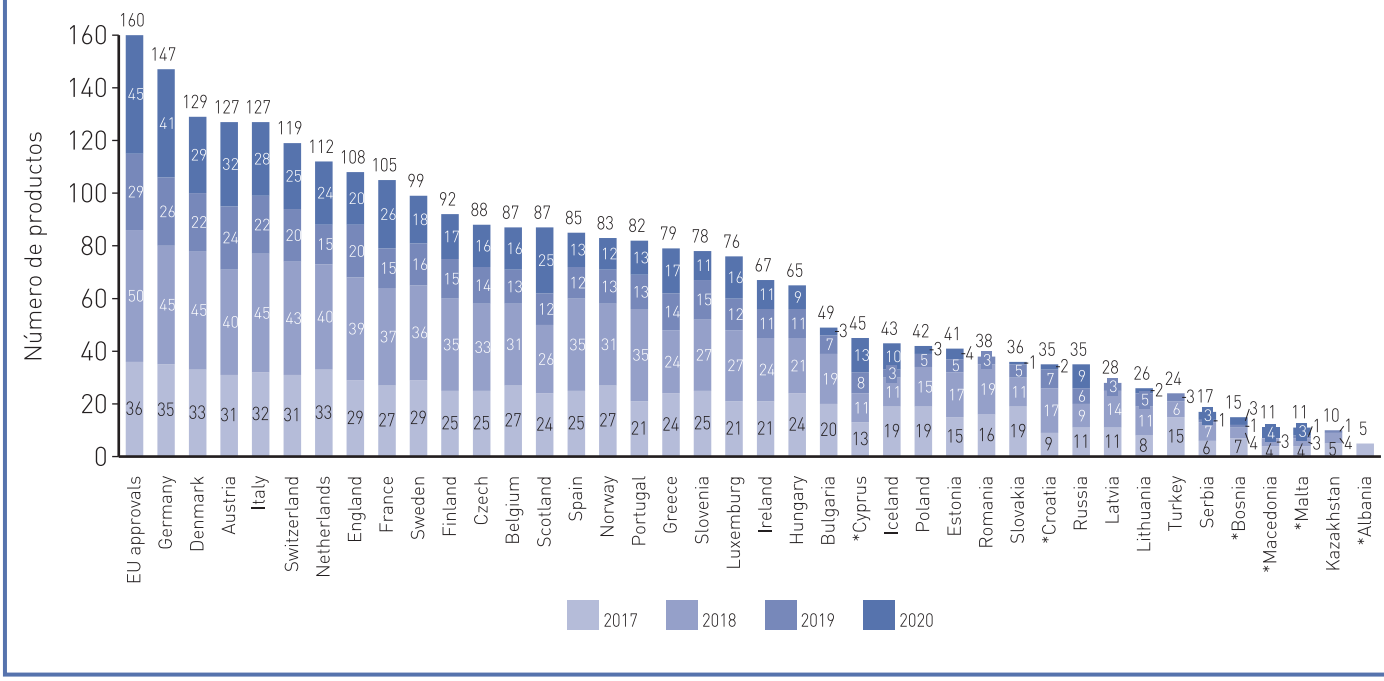
Fuente: Memoria Anual de Farmaindustria, 2021.

14 Número de habitantes (media) por oficina de farmacia (2019)



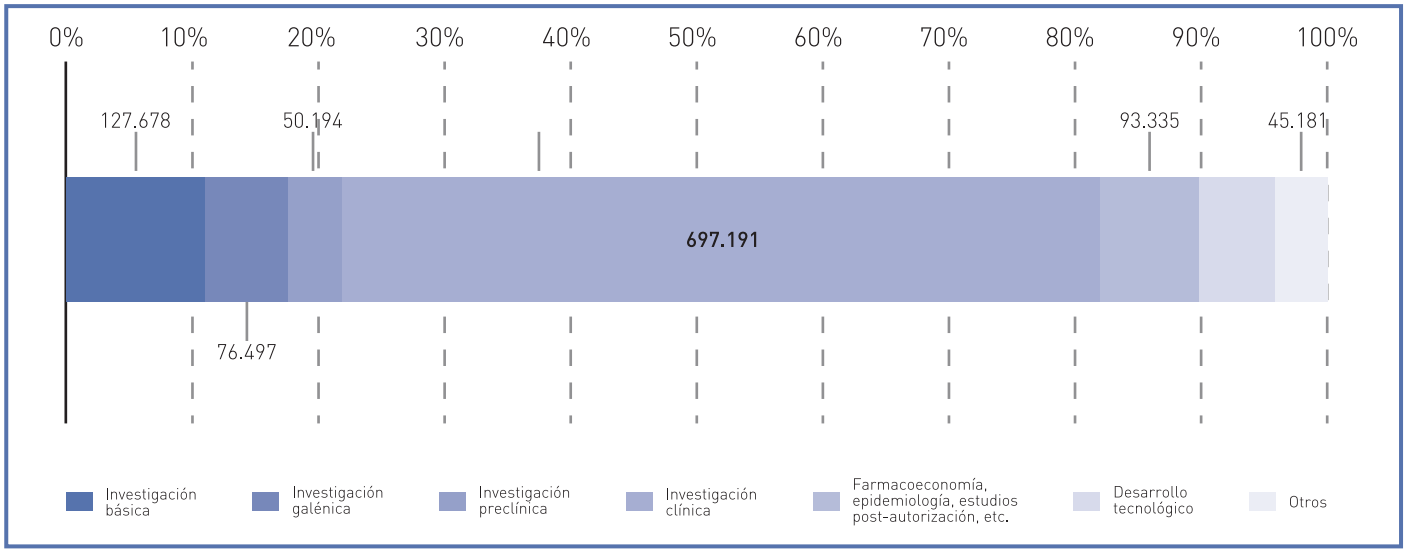
Oficinas de farmacia que colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Datos ordenados de mayor a menor. Padrón municipal 1 de enero de 2018 (Instituto Nacional de Estadística). Datos del Sistema de información Alcántara: ficheros de recetas médicas.
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad.

15 Disponibilidad total de los fármacos por países y por año de aprobación (2017-2020)



La disponibilidad total por año de aprobación es el número de medicamentos disponibles para los pacientes en Europa a 1 de enero de 2022 (para la mayoría de los países, este es el punto en el que el producto obtiene acceso a la lista de reembolso), dividida por el año en que el producto recibió la autorización de comercialización en Europa.
Fuente: EFPIA Patients W.A.I.T. (Waiting to Access Innovative Therapies) Indicator 2021 Survey. IQVIA, 2022.

16 Inversión en investigación y desarrollo por fases de investigación (2020)



Miles de euros.
Fuente: Farmaindustria.

17 Gasto farmacéutico durante los primeros cinco meses del año (2021-2022)

Indicador	2021	2022	% Incremento
Número de recetas	416.596.967	450.515.835	8,14
Gasto	4.776.892.665	5.106.474.339	6,90
Gasto medio por receta	11,47	11,33	-1,15

Fuente: Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). Mayo de 2022.

18 Evolución del crecimiento del mercado hospitalario (2017-2022)

Año	Envases	Coste real	Δ (*/–)
2017	61,70	6.093.234,70	
2018	65,00	6.613.219,60	8,54
2019	70,40	7.373.219,60	11,49
2020	74,20	7.891.464,60	7,03
2021	81,30	8.550.003,80	8,34
2022	82,07	8.653.867,90[1]	8,75

[1]Tendencia anual móvil en el mes de marzo de 2022, según datos del Ministerio de Sanidad.
Fuente: Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). Mayo de 2022.

19 Evolución del crecimiento del mercado de recetas (2017-2022)

Año	Envases	Coste real	PVL	Δ (*/–)
2017	908,50	10.179.706,10	6.568.409,04	2,66
2018	923,90	10.481.930,20	6.763.417,77	3,00
2019	971,20	10.793.958,40	6.964.752,55	2,98
2020	979,10	11.077.317,50	7.147.588,72	2,63
2021	1.022,70	11.746.978,20	7.579.684,23	6,05
2022	1.042,30	11.947.868,70[1]	7.709.307,92	8,34

[1]Tendencia anual móvil en el mes de marzo de 2022, según datos del Ministerio de Sanidad.
Fuente: Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). Mayo de 2022.

20 Evolución del gasto en recetas a PVL y el coste en hospitales (2017-2022)

Año	Recetas a PVL	Hospitales coste
2017	6.568.409,04	6.093.234,70
2018	6.763.417,77	6.613.000,40
2019	6.964.752,55	7.373.219,60
2020	7.147.588.72	7.891.464,60
2021	7.579.684,23	8.550.003,80
2022	7.709.307,92	8.653.867,90

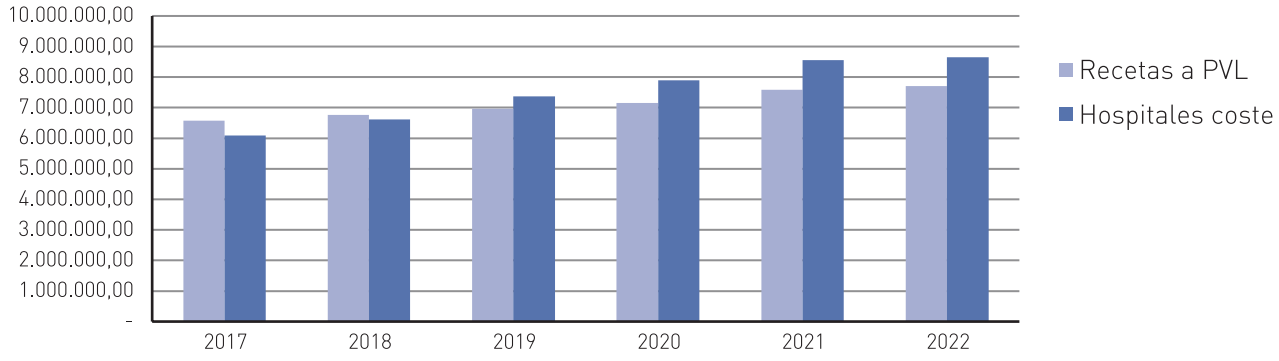
PVL: precio de venta del laboratorio a las oficinas de farmacia, servicios de farmacia de hospital y distribuidores farmacéuticos.
Fuente: Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). Mayo de 2022.

21 Evolución de los nuevos medicamentos comercializados (2011-2022)

Año	Altas	Bajas	Diferencia
2011	984	556	428
2012	960	1.147	-187
2013	1.364	1.123	241
2014	1.056	1.455	-399
2015	812	911	-99
2016	570	809	-239
2017	895	869	26
2018	873	838	35
2019	880	929	-49
2020	827	949	-122
2021	1.136	1.468	-332
Mediana	**888**	**939**	**-52**

Formatos comerciales.
Fuente: Panorama Actual del Medicamento (PAM), publicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). 2022.

22 Comparativa del gasto en recetas a PVL y el coste en hospitales (2017-2022)



Fuente: Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). Mayo de 2022.

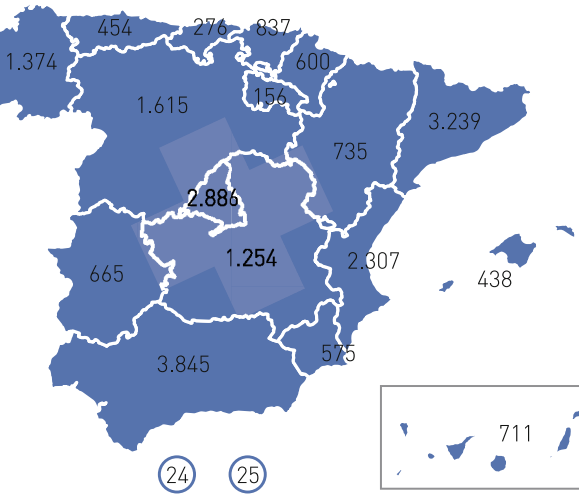
23 Evolución de los nuevos principios activos comercializados (2012-2021)

Año	Principios activos (PA)	Medicamentos Presentaciones	Ratio presentaciones/PA	Huérfanos	% H/PA
2012	17	960	56,5	0	0
2013	20	1.364	68,2	0	0
2014	35	1.056	30,2	6	17
2015	31	812	26,2	6	19
2016	29	570	19,7	5	17
2017	29	895	30,9	5	17
2018	18	873	48,5	6	33
2019	31	880	28,4	10	32
2020	11	827	75,2	2	18
2021	35	1.136	32,5	12	34
Mediana	**29**	**888**	**30,6**	**5,5**	**19**

PA: principios activos. H: huérfanos.
Fuente: Panorama Actual del Medicamento (PAM), publicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). 2022.

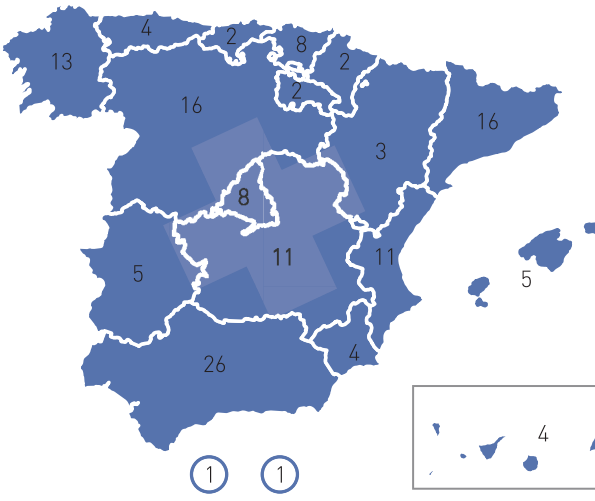


24 Número de puntos SIGRE por CC.AA. (2021)



Total de puntos SIGRE a 31 de diciembre de 2021: 22.016.
Fuente: Memoria de sostenibilidad 2021 de SIGRE.

25 Almacenes de la distribución farmacéutica que colaboraban con SIGRE (2021)



Total de almacenes de la distribución farmacéutica que colaboraban con SIGRE a 31 de diciembre de 2021: 142.
Fuente: Memoria de sostenibilidad 2021 de SIGRE.

farmaindustria

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA *en España*

Los medicamentos son salud. Curan, controlan la enfermedad o alargan la vida y mejoran su calidad. Detrás de ello están los profesionales de un gran sector industrial, potente dinamizador de la economía y fuente de empleo cualificado, que está, por encima de todo, comprometido con la salud de las personas, la innovación y el sistema sanitario.

QUIÉNES SOMOS

200 **COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS EN ESPAÑA**
(nacionales y multinacionales)

44.000 **TRABAJADORES**
170.000 empleos indirectos/inducidos

6.000 se dedican a I+D

EMPLEO INDEFINIDO



UNIVERSITARIOS



- Industria farmacéutica
- Media de la economía española

53% son **mujeres,** el doble de la media de la industria

37% de las nuevas contrataciones son de **profesionales menores de 29 años**

MOTOR ECONÓMICO

PRODUCIMOS

15.832 millones de euros
(Datos INE 2019)



* de toda la alta tecnología

EXPORTAMOS

17.076 millones de euros



5,4% del total de las exportaciones españolas

LÍDERES EN INVESTIGACIÓN

A LA CABEZA DE LA INVERSIÓN EN I+D INDUSTRIAL

1.160 Millones de euros en 2020



de toda la industria



de la inversión en I+D es en colaboración con centros de investigación y hospitales públicos y privados

APUESTA POR LA INVESTIGACIÓN DE EXCELENCIA

PRECLÍNICA
Programa Farma-Biotech (coordina laboratorios, pymes y equipos de investigación)

646 **PROYECTOS ANALIZADOS**

CLÍNICA
El Proyecto BEST (con 61 laboratorios, 13 CCAA y 6 grupos de investigación clínica independiente) ha promovido en una década:

4.162 **ENSAYOS CLÍNICOS** con **170.000** pacientes

COMPROMISO SOCIAL

Control deontológico y transparencia

El sector cuenta con un **Sistema de Autorregulación** que se sustenta en el **Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica**. La **Unidad de Supervisión Deontológica** (USD) vela por su cumplimiento

La **transparencia** es uno de los principios fundamentales del Sistema de Autorregulación, que se materializa en hacer públicas:

- Colaboraciones con organizaciones y profesionales sanitarios y organizaciones de pacientes
- Mediaciones y resoluciones del Sistema de Autorregulación
- Evaluaciones de las reuniones científico-profesionales organizadas por terceros

Sostenibilidad ambiental

A través de la entidad **Sigre**, el sector impulsa un sistema de gestión que trata los residuos de medicamentos para minimizar su impacto ambiental y promueve medidas preventivas orientadas al **ecodiseño** y la **economía circular**:

- En 2021 se recicló el 68% de los materiales de envases recuperados en los 22.000 Puntos Sigre
- Las medidas de prevención han hecho que ya uno de cada tres envases de fármacos sea más ecológico, y en general son un 25% más ligeros

Innovamos para las personas



GRUPO

El Médico Interactivo

El Médico

Desde 1981 comunicando en salud



EL PERIÓDICO DE LA FARMACIA

PORTALenfermería

AULA de la FARMACIA


MINISTERIO DE SANIDAD, POLITICA SOCIAL E IGUALDAD

40 años y 20 ministros

La Revista EL MÉDICO cumple 40 años. Durante estas cuatro décadas 20 ministros han estado al frente de la cartera de Sanidad. Cambios de denominación. Traspaso de las competencias. Retos de equidad y coordinación. Ministros efímeros o acusados de graves delitos. Una pandemia y sus consecuencias. El Ministerio de Sanidad ha vivido zozobras e incertidumbres en estos años. Hacemos un repaso a los titulares que han ocupado el cargo, en las últimas cuatro décadas, del edificio del Paseo del Prado.

Texto Javier Granda Revilla Fotos EL MÉDICO

40 años y 20 ministros



Julián García Vargas



Julián García Valverde



José Antonio Griñán Martínez



Mª Ángeles Amador Millán



José Manuel Romay Beccaría



Celia Villalobos Talero



Ana María Pastor Julián

La arrolladora victoria socialista del 28 de octubre de 1982, con una mayoría absoluta de 202 diputados en el Congreso, supuso la desaparición de UCD y un nuevo gobierno del PSOE, liderado por Felipe González. Como nuevo responsable de la cartera de Sanidad eligió a **Ernest Lluch**, doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Barcelona y profesor ayudante en esta institución, de la que fue expulsado por su actividad antifranquista. En 1974 fue nombrado catedrático de Economía de la Universidad de Valencia y, posteriormente, de Historia de Doctrinas Económicas de la Universidad Central de Barcelona.

Fue diputado en las Cortes en 1977, 1979, 1982 y 1986 y portavoz del grupo de los socialistas catalanes desde 1980. De su labor como ministro puede señalarse, como anécdota, que fue el primero en cumplir una legislatura entera, algo que después solo han logrado Julián García Vargas y José Manuel Romay Beccaría. Pero, si por algo ha pasado a la historia, ha sido por impulsar la Ley General de Sanidad de 1986, sentando las bases legales del Sistema Nacional de Salud, de la universalización de la atención sanitaria y por la segunda transferencia sanitaria, en este caso a Andalucía (Cataluña había sido la primera, en julio de 1981, con el polémico Jesús Sancho Rof de ministro).

Ernest Lluch impulsó la Ley General de Sanidad, que sentó las bases legales del actual SNS

Tras cesar Lluch como ministro en 1986, se reincorporó a la cátedra de Historia de Doctrinas Económicas de la Universidad Central de Barcelona. Tres años después, asumió el cargo de rector de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Santander. Ya retirado de todas sus responsabilidades, fue vilmente asesinado por la banda terrorista ETA en el garaje de su casa de Barcelona el 21 de noviembre de 2000. El salón principal de actos del Ministerio de Sanidad está dedicado a su memoria.

La segunda victoria socialista, en las elecciones del 22 de junio de 1986, propició

que el testigo de Lluch fuera recogido por **Julián García Vargas**, licenciado en Ciencias Económicas e inspector de Hacienda. Entre sus responsabilidades previas destacó la subinspección de Política Financiera y la presidencia del Instituto de Crédito Oficial.

Al frente del ministerio, puso en marcha la Ley General de Sanidad, la polémica ley del aborto, el Decreto de Universalización, la Ley del Medicamento de 1990 e impulsó la reforma que finalmente llevaría a la práctica la ministra Ángeles Amador. También transfirió, en 1987, las competencias sanitarias a País Vasco y Comunidad Valenciana y, tres años después, a Galicia y Navarra. Fue revalidado en el cargo tras la tercera victoria socialista consecutiva, en octubre de 1989.

Breves mandatos

El 13 de marzo de 1991 se produjo una crisis de gobierno, consecuencia de la dimisión del vicepresidente Alfonso Guerra un par de meses antes, por los escándalos de tráfico de influencias de su hermano. **Julián García Valverde** fue nombrado por Felipe González nuevo ministro, mientras que García Vargas pasó a Defensa, cargo en el que se mantuvo hasta junio de 1995. En la actualidad, es consejero de diferentes empresas.

García Valverde, licenciado en ciencias económicas, técnico comercial del Estado y profesor de microeconomía en la Universidad Autónoma de Madrid y presidente de RENFE, apenas fue ministro durante 10 meses. Fue imputado en enero de 1992 por la adjudicación de terrenos de la línea del AVE Madrid-Sevilla, cuando era máximo responsable de los ferrocarriles. La Audiencia Provincial de Madrid acabó absolviéndole 15 años después.

El penúltimo ministro de Sanidad del felipismo fue **José Antonio Griñán**, que pasó de la Consejería de Salud de Andalucía al despacho en el Paseo del Prado. En apenas 16 meses de gestión, redujo las listas de espera y se mostró relativamente favorable a la privatización. Pero su acción más destacada fue la exclusión de la financiación pública de casi 800 medicamentos, una medida que ha pasado a la historia con el nombre de 'medicamentazo'.

Tras una etapa parlamentaria en Madrid, volvió a la política andaluza en 2004, primero como consejero de Economía y Hacienda y posteriormente como vicepresidente segundo de la Junta. Tras la dimisión de Manuel Chaves, fue nombrado presidente de la comunidad autónoma en 2009, cargo del que también tuvo que dimitir en 2013, salpicado por el escándalo de los ERES. Fue nombrado senador pocos días después, pero tuvo que dimitir de nuevo, acechado por las acusaciones de corrupción, un par de años después. El 19 de noviembre de 2019 fue condenado a seis años de cárcel y a otros 15 de inhabilitación para ocupar cargo público por prevaricación y malversación de fondos públicos en el juicio de los ERES falsos.

Ángeles Amador fue la primera mujer en ocupar la cartera de Sanidad desde que lo hizo unos pocos meses Federica Montseny, a finales de 1936

Segunda mujer en el cargo

El gobierno socialista, cercado por la corrupción, ganó por sorpresa las elecciones de junio de 1993. La victoria en minoría propició una coalición con CIU. Un mes después, González nombró a **Ángeles Amador** ministra, la primera mujer en ocupar la cartera desde que lo hizo unos pocos meses Federica Montseny, a finales de 1936. Tras cinco años de experiencia en el Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo como secretaria técnica, fue nombrada en 1991 subsecretaria del Ministerio de Sanidad por Griñán, por lo que la sucesión en la cartera pareció lógica.

Amador prosiguió con la vía de los 'medicamentazos' y reformuló el catálogo de prestaciones, puso en marcha un nuevo sistema de financiación y abordó la ingente deuda, una asignatura pendiente obviada por ministros anteriores. También impulsó la Ley General de la Seguridad Social y completó las transferencias sanitarias a Canarias.

Pero quizá el gran reto fue la huelga de estudiantes de Medicina, causada porque la Administración no les garantizaba los dos años de formación que una directiva de la UE –que entraba en vigor el 1 de enero de 1995– exigía para ejercer en la Sanidad pública. Con el lema 6=0, los manifestantes llegaron incluso a realizar un 'escrache' en la puerta de su casa. La situación se logró desbloquear sobre la campana, el 22 de diciembre de 1994: el Ministerio prometió acabar con la bolsa histórica de 11.000 aspirantes al MIR y otorgó el título de médico de familia a 4.000 de ellos, que ya trabajaban en la Sanidad pública.

El ministro más veterano

La ruptura del pacto de legislatura por parte de CIU –y la imposibilidad de aprobar los presupuestos– abocó a la celebración de elecciones anticipadas, que fueron ganadas por primera vez en democracia por el PP. José María Aznar eligió al veterano **José Manuel Romay Beccaría** (entonces de 68 años) como primer ministro de Sanidad de su gabinete.

Bajo la presidencia de Gerardo Fernández Albor, había sido vicepresidente en el primer gobierno autonómico de Galicia y, posteriormente, consejero de Sanidad, aunque su experiencia provenía sobre todo del franquismo, cuando fue se-

cretario general de Sanidad entre 1963 y 1966.

Cumplió los cuatro años de legislatura, con diferentes polémicas: nuevos 'medicamentazos', nacimiento de las discutidas fundaciones sanitarias, gestión de la crisis causada por un brote de meningitis o por la disponibilidad de la Viagra para los pacientes, que fue desmentida por el propio Miguel Ángel Rodríguez, portavoz de Gobierno, en su comparecencia de los viernes antes los medios en el Palacio de la Moncloa. La labor de modernización del Insalud, de la mano de Alberto Núñez Feijóo, fue entonces muy bien valorada. También se creó durante su mandato la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Tras la victoria por mayoría absoluta de Aznar en 2000, pasó a presidir la comisión de Justicia e Interior del Congreso y ha sido presidente del Consejo de Estado en dos ocasiones, cargo que ostentó hasta 2018, siendo sustituido por María Teresa Fernández de la Vega. En 2010 fue nombrado tesorero del PP, en sustitución de Luis Bárcenas, y un año después fue elegido senador. Cesó en ambas responsabilidades en 2012.

Terminan las transferencias

La remodelación ministerial de Aznar tras la victoria electoral propició que **Celia Villalobos**, alcaldesa de Málaga, asumiera el cargo, con una gestión más recordada por sus errores que por sus aciertos. Entre estos, destaca que culminó con éxito las transferencias sanitarias a las diez comunidades autónomas pendientes de hacerlo e impulsó los genéricos, pero es recordada por sus numerosos patinazos en el campo de la comunicación. Especialmente en el caso de las vacas locas, lo que propició la creación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

Otros casos polémicos con los que tuvo que lidiar Villalobos fueron el del orujo de aceite de oliva, el de Lipobay, el de los dializadores (que causaron la muerte de una treintena de pacientes sometidos a hemodiálisis) o sus declaraciones tras el 11-S, en las que trataba de tranquilizar a la población respecto a una posible guerra bacteriológica, pero que crearon gran alarma social. Desde julio de 2002, cuando fue cesada, ocupó cargos de responsabilidad en el Congreso, donde ha protagonizó diferentes controversias que han saltado a los medios de comunicación y a las redes sociales, como jugar a un videojuego en su puesto de vicepresidenta del Congreso. En 2019 anunció su retirada de la política activa y se dedica ahora a colaborar en diferentes medios de comunicación.

Primera licenciada en Medicina

En julio de 2002, Aznar llevó a cabo su mayor remodelación ministerial, con nueve cambios de cartera. **Ana Pastor**, zamorana criada en Pontevedra, fue nombrada ministra de Sanidad, la primera licenciada en Medicina y Cirugía en acceder al cargo. Muy próxima a Mariano Rajoy, le acompañó, siempre en el cargo de subsecretaria, en los ministerios de Educación y Cultura, Presidencia e Interior. Con anterioridad, había sido directora general de Muface, entre otras responsabilidades en el ámbito de la Sanidad.

Durante el mandato de Ana Pastor se aprobó la Ley de Cohesión y se tramitó la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

Estuvo menos de dos años al frente del cargo, remodelando la administración sanitaria y aprobando, con el apoyo unánime del Parlamento, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Además, tramitó la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias e impulsó el Plan Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo, que fue criticado por las sociedades científicas por no contar con financiación suficiente. Tras la derrota del PP el 14 de marzo de 2004, ha ocupado diferentes cargos de responsabilidad en el partido. Entre 2011 y 2016 fue ministra de Fomento, cargo desde el que pasó a la presidencia del Congreso de los Diputados hasta la moción de censura de 2019 que otorgó la presidencia a Pedro Sánchez.

Medidas contra el tabaco

Tras su victoria electoral en marzo de 2004, José Luis Rodríguez Zapatero optó por la orensana **Elena Salgado** como ministra. Su nombramiento sorprendió, por su falta de experiencia en el ramo. Sí contaba con una gran trayectoria como ingeniera industrial y economista, en los ministerios de Industria, Economía y Obras Públicas o presidiendo organismos como Correos, Hispasat, la línea de atención telefónica 11811 o el Teatro Real.

Su medida más destacada fue la ley antitabaco, que entró en vigor el 1 de enero de 2006, y la ley del medicamento, que entró en vigor el 26 de julio de ese año, derogando la de 1990. Intentó presidir la OMS, sin éxito, aunque llegó a la fase final, siendo finalmente elegida Margaret Chan. También impulsó la estrategia NAOS contra la obesidad, el Plan de Calidad del SNS y los decretos sobre la cartera de servicios comunes, los bancos de células de cordón umbilical y el anisakis, así como la ley de Investigación Biomédica y el Registro Nacional de Instrucciones Previas. Además, en 2004, el ministerio asumió el Plan Nacional sobre Drogas, transferido por el Ministerio de Interior.

El periodo de Salgado no estuvo exento de polémica, teniendo que capear las crisis causadas por la gripe aviar, la intoxicación de salmonela (que afectó a cientos de personas en el verano de 2005)

o los casos de sedación del Hospital de Leganés. Además, intentó poner en marcha una ley anti-alcohol similar a la antitabaco, que fue paralizada por los lobbies del sector.

En julio de 2007, Rodríguez Zapatero remodeló su gabinete, con cuatro cambios. Salgado pasó al ministerio de Administraciones Públicas, puesto que ocupó menos dos años. Posteriormente, fue ministra de Economía y vicepresidenta del Gobierno. Ahora, es consejera y asesora de diferentes empresas y, desde 2016, presidenta de la Asociación Española de Empresas de Consultoría.

Su sucesor –y seguidor de sus políticas– fue el investigador **Bernat Soria**, segundo médico en llegar al cargo. Ocupó el despacho menos de dos años, perdiendo en este tiempo el ministerio las competencias de investigación, que fueron transferidas al Ministerio de Ciencia e Innovación. Su acción más destacada fue poner las bases del Pacto por la Sanidad, que sigue aún hoy pendiente. Fue contratado en Andalucía un mes después de su cese por la Fundación Progreso y Salud, de la que fue despedido en 2019 por haberse saltado la cláusula de exclusividad.

Una nueva crisis ministerial, en abril de 2009, propició otro cambio durante unos pocos meses en el ministerio, ahora denominado de Sanidad y Política Social, al asumir las competencias de Asuntos Sociales. **Trinidad Jiménez** ocupó el cargo hasta octubre de 2010, cuando pasó al ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Manejó con habilidad, con la ayuda de José Martínez Olmos, la campaña de vacunación de la gripe A a pesar de la pésima comunicación institucional de la OMS. También elaboró una ley antitabaco más estricta que la promulgada por Elena Salgado y modificó la polémica ley del aborto, muy contestada en la calle. Posteriormente, ha ocupado cargos de responsabilidad en el PSOE. En 2015, dejó la política.



La ministra más joven

Leire Pajín fue la última ministra de Sanidad de Zapatero y la persona más joven en ostentar el cargo de ministro de Sanidad; accedió a la cartera con 34 años de nuevo rebautizada como de Sanidad, Política Social e Igualdad al desaparecer el Ministerio de Igualdad y asumir sus competencias, así como el Instituto de la Mujer y el de la Juventud.

Socióloga de formación, fue diputada (la más joven hasta entonces de la historia de la democracia), senadora, secretaria de Movimientos Sociales y de Organización del PSOE y secretaria de Estado de Cooperación. Apenas estuvo en el cargo 14 meses, hasta la victoria de Mariano Rajoy en noviembre de 2011. Tras pasar por la Organización Panamericana de Salud, fue nombrada directora de Desarrollo Global del IS Global de Barcelona y presidenta de la Red Española de Desarrollo Sostenible.

Durante su periodo al frente del ministerio, entró en vigor la ley antitabaco que 'heredó' de Trinidad Jiménez y que convirtió a España en uno de los países de Europa más restrictivos en este campo. También impulsó la unidosis y la Ley de Dependencia y, justo al final de su mandato, la Ley General de Salud Pública, que garantizó la universalización del SNS, regulando también la profesión del psicólogo sanitario, que hasta entonces no estaba reconocida.

Fallos de comunicación

Ana Mato, licenciada en Políticas y Sociología, fue la elegida por Rajoy como ministra,

en una cartera de nuevo rebautizada como Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Su aversión a aparecer en los medios de comunicación tuvo como punto culminante el 6 de octubre de 2014, en la rueda de prensa para informar del contagio de ébola de una auxiliar de enfermería, la primera infección de este tipo en Europa. Sus titubeos, unidos a la gestión posterior de la crisis, provocaron un aluvión de críticas e incesantes peticiones de dimisión.

Sin embargo, no lo hizo hasta un mes después, cuando el juez del caso Gürtel la consideró partícipe a título lucrativo. Al día siguiente, el presidente del Gobierno se enfrentaba a un pleno sobre medidas anticorrupción en el Congreso y quiso evitar así la comprometedora foto de la ministra durante los debates. En total, estuvo menos de tres años al frente del cargo y sus competencias fueron asumidas durante unos días por la vicepresidenta Soraya Sáenz de Santamaría. Tras asesorar durante casi un año a los eurodiputados del PP en el Parlamento Europeo, anunció en octubre de 2015 que abandonaba la política. En 2018, la Audiencia Nacional la multó con más de 27.000 euros al considerarse demostrada su participación en la trama de corrupción del PP.

Su gestión se caracterizó por los recortes tanto en dependencia, como en gasto en Sanidad, cifrados en unos 7.000 millones de euros, con choques incluso con las comunidades autónomas gobernadas por el PP. Se elaboró un real decreto en el que se exigía cotizar para recibir atención sanitaria y excluyendo a los inmigrantes irregulares, con muchas críticas de la oposición, acusando de pérdida de universalidad del sistema. También se modificó el copago farmacéutico, por lo que los jubilados tuvieron que pagar por determinados fármacos.

Tras las elecciones del 10 de noviembre de 2020, el Ministerio de Sanidad fue dividido en tres, creándose las nuevas carteras de Derechos Sociales y Consumo

Cambio en la Corona

Alfonso Alonso se convirtió en el último ministro de Sanidad del reinado de Juan Carlos I y primero de Felipe VI. Exalcalde de Vitoria y portavoz del PP en el Congreso, tomó el testigo de Ana Mato durante poco más de año y medio, cuando optó a la presidencia del gobierno vasco, obteniendo un escaño en el parlamento autonómico. Ha sido presidente del PP vasco entre 2015 y 2020.

En el breve periodo de tiempo en el que fue ministro, tuvo que hacer frente a la reclamación de los pacientes de hepatitis C para que pudieran recibir los nuevos tratamientos curativos. Además, rectificó el real decreto impulsado por Ana Mato, para que los inmigrantes pudieran recibir atención sanitaria en los centros de salud públicos.

Cuando cesó en el cargo, estaba el gobierno en funciones, por lo que sus atribuciones fueron asumidas de manera interina durante dos meses y medio por la ministra de Empleo y Seguridad Social **Fátima Báñez**. La abogada **Dolors Montserrat**, nombrada ministra en noviembre de 2016, centró sus objetivos en la lucha contra la violencia de género y en la frustrada campaña para que Barcelona fuera la sede de la Agencia Europea de Medicamentos. Además, se comprometió a tratar a los pacientes de hepatitis C, con independencia de la fase de la enfermedad, con los antivirales de última generación y a elaborar una estrategia nacional para la ELA. Hoy es miembro del Parlamento Europeo.

Ocupó el cargo durante apenas 19 meses, cuando la moción de censura ganada por el PSOE, con el apoyo de diferentes partidos, hizo presidente a Pedro Sánchez, eligió a la médico **Carmen Montón** como ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Así, el ministerio perdió las competencias de Igualdad, asumidas por el Ministerio de la Presidencia. Consejera de Sanidad en la Comunidad Valenciana, su paso por el edificio del Paseo del Prado fue efímero: apenas cuatro meses, en los que recuperó la universalidad de la asistencia sanitaria y se manifestó firmemente frente a las pseudociencias. Tuvo que dimitir tras ser acusada de plagiar su trabajo de fin de máster, caso que fue finalmente archivado por el juzgado de instrucción.

La cartera fue asumida por otra médico, la asturiana **María Luisa Carcedo**, que continuó el trabajo de su predecesora, aprobando el Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias, así como el Plan Nacional contra el Tabaco. Apenas estuvo 16 meses en el cargo: las elecciones del 10 de noviembre de 2020 propiciaron un nuevo gobierno, una coalición del PSOE con Podemos. En la actualidad, Carcedo es presidenta de la Comisión Federal de Ética y Garantías del PSOE y de la Fundación Pablo Iglesias.

Ministerio rebajado de competencias

El Ministerio de Sanidad fue entonces dividido en tres, creándose las nuevas carteras de Derechos Sociales y Consumo, asumidas respectivamente por los dirigentes de Podemos Ione Belarra y Alberto Garzón. **Salvador Illa** fue nombrado ministro de Sanidad tras haber sido seis años alcalde de su pueblo –La Roca del Vallés, en Barcelona– y ocupar diferentes cargos de liderazgo en el Ayuntamiento de Barcelona, una productora audiovisual y en el Partido Socialista de Cataluña, donde tuvo que lidiar la crisis independentista de otoño de 2017.

Según publicaron diferentes medios, el objetivo de Sánchez era que Illa dirigiera a tiempo parcial un ministerio de Sanidad disminuido, centrándose en reconducir la crisis catalana. La estrategia no pudo llevarse a cabo por la inesperada aparición

de la pandemia del coronavirus. Su gestión, en un segundo plano tras el portavoz Fernando Simón, se caracterizó por la falta de liderazgo y de coordinación entre las diferentes comunidades autónomas, con sonoros fracasos como el de la aplicación RadarCovid o la falta de calidad de los datos de incidencia. Entre sus aciertos, las adecuadas gestiones logísticas para que las ansiadas vacunas contra la COVID llegaran cuanto antes a la ciudadanía.

Tras apenas 16 meses anunció que abandonaba el cargo para ser candidato a la presidencia de Cataluña, en plena tercera ola y recién comenzada la vacunación, una decisión criticada por casi todo el arco parlamentario, especialmente tras hacer campaña electoral mientras seguía siendo ministro. Pese a ganar en votos las elecciones autonómicas, no logró una mayoría alternativa frente a los partidos independentistas, siendo ahora el líder de la oposición en el Parlament.

Durante toda la pandemia, Illa acudía a las reuniones del Consejo Interterritorial –y a otros muchos encuentros– junto con **Carolina Darias**, ministra de Política Territorial y Función Pública, por lo que cuando ella recibió la cartera ministerial se asumió como un relevo obvio. Licenciada en Derecho y miembro del Cuerpo de Administradores Generales de la Administración Pública, su única experiencia en el ramo fue durante el tiempo que fue portavoz de la comisión de Sanidad del Parlamento de Canarias, cámara que acabaría presidiendo durante cuatro años.



La errática política del ministerio ha proseguido, con errores como tratar de salvar las pasadas navidades en plena oleada de ómicron, con el uso obligatorio e incomprensible de las mascarillas en exteriores o patinazos de comunicación como la rectificación en el mensaje de la cuarta dosis de la vacuna. Como punto fuerte, la aprobación del RD de nuevas especialidades en Ciencias de la Salud.

Los esfuerzos de Darias, en la actualidad, se centran en ámbitos como la aprobación de la Ley de Equidad, en la ampliación de los servicios en salud bucodental, en el Plan de Resistencia a Antibióticos 2022-24 y en la Estrategia de Vigilancia de Salud Pública. Además, en 2021 restituyó el derecho a mujeres solteras, lesbianas, bisexuales y transexuales que puedan gestar a acceder a la reproducción asistida en la Sanidad pública




coloquios
El Médico

Manejo del alto riesgo de recaída en cáncer de mama

Texto Eva Fariña

Fotos Luis Domingo



COLOQUIOS EL MÉDICO

Manejo del alto riesgo de recaída en cáncer de mama

Expertos en Oncología y otras especialidades han abordado el 'Manejo del alto riesgo (de recaída) en cáncer de mama', durante el coloquio organizado por la Revista EL MÉDICO, en la sede del Grupo SANED, en Madrid. El encuentro ha contado con el apoyo de la compañía Lilly.

Una de las conclusiones ha sido la necesidad de mejorar los tiempos en el acceso a la innovación. Los expertos también han resaltado los beneficios de medir los resultados, pero no como una medida fiscalizadora, sino como una oportunidad de mejorar.

Una de cada nueve mujeres va a ser diagnosticada de un cáncer de mama a lo largo de su vida, y la edad media de diagnóstico es de 60 años. En España la incidencia es variable (gradiente norte-sur), y la más alta está en Navarra, Tarragona y Girona, mientras que la más baja se encuentra en Cuenca, Ciudad Real y Granada. Estos han sido algunos datos aportados por Javier Salvador Bofill, jefe de Servicio de Oncología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Una historia de éxito

Según la Sociedad Española de Oncología Médica, en 2022 se va a diagnosticar cáncer de mama a más de 34.700 pacientes. "A pesar de que la incidencia sigue aumentando cada año, la historia del cáncer de mama, en general, es una historia de éxito. La mortalidad sigue disminuyendo cada año y, por tanto, nos lleva a una alta prevalencia", ha dicho **Javier Salvador Bofill**. De hecho, en el año 2020 había más de medio millón de mujeres afectadas, si se cuentan las recién diagnosticadas, las que están en revisión, etc. "La prevalencia es alta gracias a que la gran mayoría de las pacientes con cáncer de mama no fallecen", ha añadido.

A pesar de que la incidencia sigue aumentando cada año, la historia del cáncer de mama, en general, es una historia de éxito

Este facultativo ha mencionado "cuatro tipos de cáncer de mama. Realmente no es una enfermedad, sino una familia de enfermedades" que se comportan de manera distinta, con factores pronósticos diferentes, historia natural diferente y, por tanto, con tratamientos también muy diversos. En general, el 60 por ciento son tumores que expresan factores hormonales. Estos casos recaen menos y lo hacen más tarde.

Herramientas para identificar riesgos

El oncólogo ha comentado que cada vez están disponibles "más herramientas para identificar y concretar riesgos". "También tenemos una mejor selección de los pacientes gracias a los perfiles moleculares. Y la clave es que cada vez se hace un mejor diseño de los ensayos clínicos, lo que nos permite obtener unos resultados rápidos. Ya se acabaron esos ensayos con miles de pacientes para demostrar una pequeña diferencia. Ahora estamos viendo resultados desde la fase I. Desde la primera vez que se administra un fármaco a un ser humano ya se observa una clara diferencia. Se trata de un paciente 'superseleccionado' en base a sus características moleculares, sobre todo".

"En teoría", ha recalcado el doctor, estos resultados rápidos deberían permitir una incorporación rápida e inmediata de las nuevas terapias innovadoras, "porque esto es realmente la innovación". "Desgraciadamente, esto no está ocurriendo. En España hace ya muchos años éramos un ejemplo por la rapidez con la que incorporábamos los fármacos. En la actualidad, los retrasos entre la aprobación por parte de la Agencia Europea del Medicamento hasta que se consigue un precio en nuestro país es inadmisible desde el punto de vista humano. La media supera el año y medio, y, por tanto, se trata de uno de los principales problemas que tenemos los hospitales", ha lamentado el oncólogo del Virgen del Rocío.

Como ha explicado, algunos hospitales pueden comprar estos fármacos innovadores en el extranjero, con lo que aumenta el gasto hospitalario; sin embargo, otros centros tienen enormes dificultades y no pueden ofrecer a sus pacientes las nuevas opciones terapéuticas. "Esta es una de las grandes asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario que tendremos que arreglar entre todos", ha dicho Javier Salvador Bofill.

Más transparencia en el acceso a la innovación

Precisamente, los expertos asistentes al coloquio han coincidido en la necesidad de pedir más transparencia en el proceso de aprobación y acceso a la innovación.

En este sentido, Álvaro Rodríguez-Lescure, jefe de Servicio de Oncología del Hospital General de Elche y expresidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), ha defendido la propuesta conocida como 'pago por resultados'. "Tal y como ha evolucionado la investigación en Oncología, con la Medicina Personalizada, debemos tener modelos de financiación alternativos al modelo tradicional".

Transparencia absoluta

"Hay que exigir transparencia absoluta", ha dicho el expresidente de la SEOM. "Muchas veces las resoluciones no son claras.



Como ciudadano, como prescriptor o como paciente quiero saber los motivos por los que se aprueba o no un medicamento. Todo lo que no es transparente puede resultar sospechoso, especialmente, en la gestión de los recursos públicos".

Rodríguez-Lescure ha propuesto "rediseñar el procedimiento de aprobación de la innovación, con plazos y términos conocidos, públicos y previsibles para cualquier producto". Además, ha reclamado "transparencia no solo por parte del evaluador, sino también de las compañías farmacéuticas, porque en todas las negociaciones hay como mínimo dos partes".

Muchos pacientes se benefician, incluso de forma precoz, de los fármacos innovadores cuando entran en los ensayos clínicos

El especialista en Oncología ha pedido "publicidad del proceso, de las fechas y de los términos de la negociación". "El Ministerio de Sanidad está obligado a trabajar para conseguir la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Los recursos son finitos, y con esas limitaciones se deben valorar las innovaciones y su financiación", ha añadido.

Aprobaciones condicionadas

"Muchas veces tenemos que pactar en situaciones de gran necesidad, cuando no tenemos evidencia, pero sí unos resultados positivos. En estos casos, se pueden hacer aprobaciones condicionadas, en función de los resultados que se confirmen. Hay estudios en vida real que no apoyan los resultados de los ensayos clínicos, y no ha supuesto la no financiación, algo que sí ha ocurrido en otros países. Además, la medición de los resultados debería ser una herramienta básica para la financiación. Se debe comprobar en la vida real el beneficio y la seguridad de un fármaco nuevo", ha dicho Rodríguez-Lescure.

Por su parte, Javier Salvador Bofill ha propuesto que el informe de posicionamiento terapéutico (IPT) incluya el precio del fármaco e indique el valor de la innovación. "Deberíamos incorporar el coste en la evaluación y ayudar al Ministerio de Sanidad a tomar decisiones, con profesionalidad y rigor", ha dicho el jefe de Servicio de Oncología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Formación permanente en Oncología

La visión de Atención Primaria la ha aportado Manuel Mejías Estévez, médico de Familia del Servicio Andaluz de Salud y profesor de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. También es coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN. En las conclusiones, ha incidido en la necesidad de que el médico de Familia siempre esté "disponible" para atender a la paciente con cáncer de mama y a su familia.



Manejo del alto riesgo de recaída en cáncer de mama

"La Oncología, en permanente actualización, hace que tengamos que formarnos cada vez más y disponer de herramientas para abordar las nuevas circunstancias de la enfermedad que van surgiendo".

Cribados oportunistas

También ha apuntado que "la prevención sigue siendo una función fundamental del médico de Atención Primaria". "Debemos hacer cribados oportunistas, es decir, aprovechar las consultas para intentar identificar posibles pacientes con alto riesgo", ha señalado.

Manuel Mejías ha defendido que el médico de Atención Primaria, bien preparado, puede aportar mucho al manejo de la paciente con cáncer de mama". El gran problema es la falta de tiempo para atender a todos los pacientes.

También se ha referido a la necesidad de hacer "un proceso de formación" con el paciente, que, en muchas ocasiones, es a costa del tiempo extra que el médico le dedica a su consulta. "El gran problema en Primaria es que no nos sentimos apoyados por la Administración", ha dicho, si bien también se ha referido al sentido de la responsabilidad, a la "Medicina basada en la evidencia y al uso racional de los recursos" por parte del médico.

Equilibrio en el sistema de gestión

Por parte de la Administración ha intervenido **Amparo Esteban Reboll**, subdirectora general de Optimización e Integración Terapéutica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Generalitat Valenciana. Como médica de Familia, también ha aportado su visión respecto al reto de agilizar el proceso de incorporación de las novedades terapéuticas a la cartera del SNS.

"Tenemos que encontrar un sistema de gestión que permita el equilibrio entre el acceso temprano, la sostenibilidad y la equidad. Es un trabajo que debemos realizar conjuntamente tanto las Administraciones como las industrias. La única forma de conseguirlo es hablar de forma clara y transparente en todo momento", ha dicho la representante de la Generalitat Valenciana.

En la Comunidad Valenciana se aprobó en 2012 el 'Programa de medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico', que se actualizó el año pasado con la Orden 2/2021 de desarrollo del Programa de optimización de integración. La incorporación de la innovación en Oncología "debe basarse en los criterios de acceso temprano y equidad", ha comentado.

Cada vez se hace un mejor diseño de los ensayos clínicos, lo que permite obtener unos resultados rápidos

Tiempos de aprobación

Amparo Esteban ha comentado los datos aportados en el 'Informe de evolución de la financiación y fijación de precios de los medicamentos oncológicos en el SNS (2016-2020)', publicado por el Ministerio de Sanidad en marzo de 2022. En dicho documento se refleja que el tiempo medio que pasa desde la autorización de un fármaco por parte de las agencias reguladoras hasta que el laboratorio titular solicita su registro en España es de 102 días. El tiempo medio desde que el medicamento está registrado hasta que el laboratorio solicita la financiación es de 43 días. Y el tiempo medio desde la solicitud de financiación hasta su resolución (tres-ocho propuestas) es de 269 días. En total, el proceso puede durar una media de 415 días.

La evolución de la investigación en Oncología y la Medicina Personalizada obligan a tener modelos de financiación alternativos al tradicional

Más transparencia en las negociaciones

Precisamente, entre los retos pendientes, **Jorge Santander**, director de Acceso de Lilly España, ha destacado "la transparencia" relacionada con la innovación, en referencia a los tiempos de aprobación y a las negociaciones. También ha solicitado transparencia en la publicación de los "resultados en salud". "Medir estos datos es fundamental para saber si estamos en la línea correcta. Ese nivel de transparencia en todos los estamentos es fundamental, siempre con el paciente en el centro y con el apoyo de Atención Primaria, para seguir arrimando el hombro en la parte que nos toca y pensando en esos 35.000 nuevos diagnósticos en cáncer de mama. Tenemos los mimbres como país para estar en la cabeza, pero tenemos que remar todos para conseguirlo ", ha añadido.

Durante el coloquio, los profesionales han comentado la gran calidad y cantidad de investigadores que aporta España a los ensayos clínicos internacionales. "La innovación ya está aquí, ya ha llegado la Medicina Personalizada, con unos avances destacados en los últimos años", ha dicho Jorge Santander.

Respecto a la gran actividad investigadora que se desarrolla en España, el expresidente de la SEOM ha comentado que también se debe tener en cuenta el número de pacientes que se benefician, incluso de forma precoz de los fármacos innovadores cuando entran en los ensayos clínicos. "El tratamiento de estos pacientes suponen un

ahorro para el sistema de salud", ha recordado Rodríguez-Lescure.

Novedades terapéuticas

En cáncer de mama de alto riesgo de recaída, Rodríguez-Lescure ha destacado la publicación de ensayos clínicos recientes que permiten seleccionar a mujeres que se van a beneficiar de las innovaciones. "Tenemos herramientas suficientes, a tenor de los resultados de los ensayos clínicos más recientes, que nos permiten seleccionar a mujeres con cánceres de mama de alto riesgo pese al tratamiento habitual de quimio, radio y hormonal. Los nuevos tratamientos en este ámbito tienen criterios conocidos y bien definidos. Es importante identificar a las pacientes que se van a beneficiar de estas innovaciones".

La transparencia debe pedirse no solo al evaluador, sino también a las compañías farmacéuticas, porque en todas las negociaciones hay como mínimo dos partes

En este punto, ha hablado de los inhibidores de ciclinas dependientes de kinasas, asociados al tratamiento hormonal. "Se trata de un hito, un cambio en un ámbito donde no ha habido ninguna innovación desde hace muchísimos años", ha resaltado.

En concreto, se ha referido a "un entorno curativo para estadios iniciales de alto riesgo, no metastásicos". "Por primera vez, tenemos datos claros favorables a un cambio en el tratamiento de tumores hormonodependientes, más allá de la quimio y de la inmunoterapia". "Y hablamos de un entorno curativo", ha recalcado.

Incorporación de abemaciclib

En la misma línea, Javier Salvador ha resaltado "la incorporación en el escenario potencialmente curativo" de este fármaco nuevo (abemaciclib, comercializado con el nombre de Verzenios), que se administra de forma oral continua. Actualmente, ya se encuentra aprobado y disponible en España para el cáncer de mama avanzado HR+, HER2-, en combinación con la terapia endocrina.

Su uso está autorizado por la Comisión Europea en combinación con hormonoterapia para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con cáncer de mama en estadios iniciales HR+, HER2-, con afectación ganglionar o elevado riesgo de recidiva. La autorización de la Comisión Europea como tratamiento en cáncer de mama en estadio inicial está pendiente en España de la decisión administrativa de precio y reembolso.

"Los datos apuntan que este fármaco disminuye la recaída"; además, "afortunadamente, evita o retrasa a las pacientes la quimioterapia, con lo que favorece su calidad de vida", ha dicho el jefe de Oncología del Hospital Virgen del Rocío.

El valor del fármaco innovador

En este punto, los participantes en el coloquio han coincidido en señalar que las herramientas necesarias para hacer este seguimiento y medición ya están disponibles. La cuestión es identificar aquellos gastos que se pueden mejorar para poder cubrir otras necesidades. La idea, en cuanto a la innovación, es conseguir el mejor precio o coste en función del valor que aporta el fármaco.

El médico de Atención Primaria, bien preparado, puede aportar mucho al manejo de la paciente con cáncer de mama

En ese proceso de mejora del SNS, Atención Primaria ocupa un lugar destacado, como ha reivindicado Manuel Mejías. "Las enfermedades crónicas han aumentado y han empeorado durante las últimas décadas. En Medicina de Familia cada vez tenemos que abarcar y saber más. El 80 por ciento de las consultas en Atención Primaria son de enfermedades crónicas. En cuanto al cáncer, el médico de Familia interviene en el 80 por ciento de los procesos", ha dicho.

No obstante, una asignatura pendiente en Primaria es ser más resolutiva en determinados procesos oncológicos. "Desde el momento de la sospecha del diagnóstico, el médico de Familia debería estar presente y acompañar al paciente. No está por desconocimiento o por temor, porque el cáncer es algo muy inespecífico y complejo. Debemos tener conocimientos básicos de los tratamientos actuales", ha señalado Mejías.

Comunicación Primaria-Oncología

Según este médico de Familia, "la comunicación entre Atención Primaria y los servicios de Oncología normalmente es nula. El oncólogo cada vez tiene más trabajo y los seguimientos no son tan estrechos como deberían ser. El paciente suele ser pluripatológico y habitualmente está polimedicado, por lo que el médico de Primaria debe tener un mayor protagonismo en el proceso de la enfermedad del paciente con cáncer".

Por ejemplo, en la consulta del centro de salud se puede hacer una gran labor de formación e información al enfermo, especialmente para conseguir mantener la adherencia al tratamiento. En este sentido, el representante de SEMERGEN ha recordado que un "paciente informado puede conseguir una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida".

CONCLUSIONES DEL COLOQUIO

"Podemos hablar de un entorno potencialmente curativo en estadios iniciales de alto riesgo, no metastásicos"



Álvaro Rodríguez-Lescure, jefe de Servicio de Oncología del Hospital General de Elche y expresidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

En cáncer de mama de alto riesgo tenemos herramientas suficientes, a tenor de los resultados de los ensayos clínicos más recientes, que nos permiten seleccionar a mujeres con cánceres de mama de alto riesgo de recaída pese al tratamiento habitual de quimioterapia, radioterapia y hormonal. Tenemos en ciernes la llegada de nuevos tratamientos en este ámbito, con unos criterios conocidos y bien definidos.

Es importante identificar a las pacientes que se van a beneficiar de innovaciones como, en este caso, inhibidores de ciclinas asociados al tratamiento hormonal. Se trata de un hito, un cambio en un ámbito en el que no teníamos ninguna innovación desde hace muchísimos años.

Investigar, conocer, predecir y señalar grupos de riesgo permite diseñar estudios con terapias más concretas y que aporten beneficios. Estamos hablando de un entorno potencialmente curativo en estadios iniciales de alto riesgo, no metastásicos. Y, en este caso, de los tumores hormonodependientes por primera vez tenemos datos ya claros que orientan hacia un posible cambio en el estándar del tratamiento. Y hablamos de un entorno curativo.

"Un fármaco nuevo, incorporado a la hormonoterapia, disminuye la recaída"



Javier Salvador Bofill, jefe de Servicio de Oncología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Debemos incorporar al territorio nacional las herramientas que hagan falta para identificar a los pacientes con riesgo de recaída de la enfermedad, aquellas que realmente han demostrado evidencias. Una vez que hemos identificado a las personas con riesgo, debemos proponerles el tratamiento que disminuye ese riesgo.

En la actualidad, disponemos en el escenario potencialmente curativo de un fármaco nuevo que parece que disminuye la recaída, incorporado a la hormonoterapia. Afortunadamente, esas pacientes siguen huyendo de la quimioterapia, por lo que las mujeres pueden seguir con su vida evitando muchos de los efectos adversos del tratamiento.

"El médico de Familia, siempre disponible para el paciente y su familia"



Manuel Mejías Estévez, médico de Familia del Servicio Andaluz de Salud y profesor de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. También es coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

El manejo del cáncer de mama es un ámbito de la Medicina que cambia constantemente, y el médico de Familia siempre debe estar disponible para la paciente y su familia. Es la premisa más destacada del médico de Familia. Por supuesto, esto nos obliga a formarnos cada vez más, y disponer de herramientas para abordar los problemas que van surgiendo asociados a las nuevas enfermedades (nuevos estadios, tratamientos, etc.).

La prevención sigue siendo una función primordial del médico de Atención Primaria. Así, debemos establecer los cribados oportunistas, es decir, tenemos que aprovechar cuando tenemos contacto con la paciente, ya sea por teléfono y, sobre todo, de forma presencial, para identificar a las mujeres que puedan tener un cáncer de mama de alto riesgo. Igualmente, podemos reforzar la formación para conseguir una mejor adherencia terapéutica.

▶▶▶

CONCLUSIONES DEL COLOQUIO

“Equilibrio entre accesos tempranos, sostenibilidad y equidad”



Amparo Esteban Reboll, subdirectora general de Optimización e Integración Terapéutica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Generalitat Valenciana.

Debemos encontrar un sistema de gestión que permita el equilibrio entre accesos tempranos, sostenibilidad y equidad de los pacientes. Se trata de una labor que debemos realizar de forma conjunta tanto la Administración como la Industria; es un debate a dos.

Para ello, es necesario trasladar una información transparente del proceso de fijación de precios, que lleve a entender situaciones de no-financiación o los motivos de retirada de las negociaciones, especialmente cuando se trata de fármacos muy necesarios para las pacientes.

Todo lo anterior es fundamental, pero hemos de pensar soluciones alternativas, como puede ser el abrir vías de acceso rápido condicional.

“Negociación, transparencia y comunicación”



Jorge Santander, director de Acceso de Lilly España.

Creo que tenemos los ingredientes más difíciles para solucionar el problema, porque disponemos de la innovación, la tecnología, las herramientas de diagnóstico, etc. Además, tenemos unos profesionales de calidad y un sistema de investigación y de ensayos clínicos excelente. Son ingredientes realmente complicados de obtener.

Ahora necesitamos tener la voluntad de sentarnos, la transparencia, medir los resultados y, por supuesto, incorporar toda esta tecnología y plataformas de forma equitativa en todas las regiones. Son herramientas que necesitan nuestros profesionales para identificar a las pacientes con alto riesgo.

Por supuesto, necesitamos mejorar el acceso a la innovación. Los fármacos nuevos están disponibles, pero necesitamos que lleguen a nuestros pacientes. También tenemos que mejorar la parte asistencial, la comunicación entre el personal sanitario de Atención Primaria y Hospitalaria, la Administración y la Industria, desde una forma muy transparente y con el paciente como referente. Sabemos que el paciente es el objetivo, el que nos une a todos. Podemos ayudar a una persona que ha sido diagnosticada de cáncer de mama y tenemos las herramientas para conseguirlo. Necesitamos comunicación, transparencia y, por supuesto, medir los resultados en salud para que realmente lo que estamos poniendo en el mercado tenga valor con un precio razonable, de forma que consigamos un sistema sanitario sostenible.



Fundación Josep Carreras
CONTRA LA LEUCEMIA

30 Aniversario

13.971 *donantes de médula ósea compatibles localizados para pacientes españoles que necesitaban un trasplante y no disponían de un familiar compatible.*

11 *líneas de investigación en marcha en el Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras, el primer centro de Europa dedicado exclusivamente a la leucemia.*

313 *pacientes alojados junto a sus familiares en los pisos de acogida para pacientes que reciben tratamiento lejos de su lugar de residencia.*

19.595 *consultas médicas y de información al paciente gestionadas para ofrecer apoyo.*

105.205 *socios y colaboradores que sostienen nuestro trabajo.*

1 hombre, Josep Carreras
30 años de lucha #imparablescontralaleucemia

Gracias. Entra en www.imparables.org



Ekzem®

Fluocinolona acetónido 250 µg/ml

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Ekzem 250 microgramos/ml gotas óticas en solución en envases unidosis. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 ml de solución contiene 250 microgramos de fluocinolona acetónido. Cada ampolla con 0,40 ml de solución contiene 100 microgramos de fluocinolona acetónido. Excipientes: Polisorbato 80, glicerol, povidona K90F, ácido láctico, hidróxido sódico 1N, agua purificada. **FORMA FARMACÉUTICA:** Gotas óticas en solución. Solución acuosa transparente. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Ekzem está indicado para el tratamiento del eccema ótico en adultos con la membrana timpánica intacta. **Posología y forma de administración:** Vía ótica. Posología: Aplicar el contenido de una ampolla dentro del oído afectado, dos veces al día durante siete días. Población pediátrica: No se ha estudiado el uso de fluocinolona acetónido para el eccema ótico en niños y adolescentes. No se recomienda utilizar este medicamento en estos subgrupos de población. Forma de administración: Vía ótica. Ekzem no debe utilizarse por vía oftálmica ni para inyección. El paciente debe inclinar la cabeza hacia un lado de forma que el oído afectado quede hacia arriba, y después se debe aplicar todo el contenido de la ampolla. Tirar del lóbulo de la oreja cuatro veces para facilitar la penetración del medicamento dentro del canal auditivo. Mantener esta posición durante un minuto. Repetir la operación, en caso necesario, en el otro oído. Para evitar contaminación, no tocar la oreja mientras se administran las gotas. Es recomendable calentar el frasco antes de su utilización manteniéndolo en la palma de la mano durante algunos minutos. Esto evitará la sensación de incomodidad cuando la solución fría entre en contacto con el oído. Se debe recomendar al paciente que deseche la ampolla después de su uso y no guardarla para siguientes usos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo fluocinolona acetónido, a otros corticoides o a alguno de los excipientes. Infecciones víricas del conducto auditivo externo, incluyendo infecciones por varicela y herpes simple e infecciones fúngicas óticas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** El tratamiento con Ekzem debe interrumpirse si aparece una erupción cutánea o cualquier otro signo de hipersensibilidad local o sistémica. En presencia de infecciones óticas concomitantes, se debe usar un agente antimicótico o antibacteriano apropiado. Si no se produce una respuesta favorable rápidamente, se debe suspender el tratamiento con fluocinolona acetónido hasta que la infección se controle adecuadamente. La seguridad y eficacia de Ekzem no se han estudiado en presencia de una membrana timpánica perforada. Por lo tanto, Ekzem debe usarse con precaución en pacientes con perforación conocida de la membrana timpánica, con sospechas de perforación, o en los que exista riesgo de perforación. Este medicamento debe usarse en la menor dosis posible y solo durante el tiempo estrictamente necesario para conseguir y mantener el efecto terapéutico deseado. Los glucocorticoides no deben utilizarse para el tratamiento del eccema ótico húmedo. Alteraciones visuales: Se pueden producir alteraciones visuales con el uso sistémico y tópico de corticosteroides. Si un paciente presenta síntomas como visión borrosa u otras alteraciones visuales, se debe consultar con un oftalmólogo para que evalúe las posibles causas, que pueden ser cataratas, glaucoma o enfermedades raras como coriorretinopatía serosa central (CRSC), que se ha notificado tras el uso de corticosteroides sistémicos y tópicos. General: En algunos pacientes sometidos a tratamiento tópico con corticosteroides se ha notificado supresión del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) con dosis superiores a 2 gramos (aproximadamente 1.000 veces la dosis máxima de Ekzem). Sin embargo, no se ha descrito supresión del eje HHA después de la administración por vía ótica de corticoides. Teniendo en cuenta la baja dosis total de principio activo administrada tras el tratamiento con Ekzem, es improbable que la absorción sistémica de fluocinolona acetónido pueda causar cambios significativos en los niveles de cortisol. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: Los corticosteroides han demostrado ser teratogénicos en animales de laboratorio cuando se administran por vía sistémica en dosis relativamente bajas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad para la reproducción a dosis relativamente bajas cuando los corticosteroides se administran por vía sistémica. Sin embargo, estos estudios son insuficientes en términos de toxicidad para la reproducción cuando fluocinolona acetónido se administra por vía tópica. No hay suficientes datos relativos al uso de fluocinolona acetónido en mujeres embarazadas. Por tanto, Ekzem no se debería utilizar durante el embarazo a no ser que la situación clínica de la mujer requiera tratamiento con fluocinolona acetónido. En pacientes embarazadas, no deberían utilizarse en zonas extensas, en altas concentraciones o durante periodos de tiempo prolongados. Lactancia: Fluocinolona acetónido administrada sistémicamente se excreta a través de la leche materna y puede afectar el crecimiento de recién nacidos. No se sabe si fluocinolona acetónido se excreta en la leche materna tras la administración tópica. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. Fertilidad: No se han llevado a cabo estudios con animales para evaluar el efecto de la fluocinolona acetónido tópica sobre la fertilidad. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Ekzem sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Se han utilizado las siguientes terminologías (según MedDRA) a fin de clasificar la frecuencia de las reacciones adversas: muy frecuentes (≥1/10), frecuentes (≥1/100 a <1/10), poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100), raras (≥1/10.000 a <1/1.000), muy raras (<1/10.000), no conocida (no puede estimarse a partir de los datos de que se dispone). *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:* Frecuentes: sensación de ardor, sequedad en el sitio de aplicación, prurito en la zona de administración. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:* Frecuentes: prurito, irritación de la piel. Poco frecuentes: foliculitis, acné, decoloración de la piel, dermatitis, dermatitis de contacto. Raras: atrofia cutánea, estrías en la piel, eritema por calor. *Trastornos del oído y del laberinto:* Frecuentes: molestia en el oído, trastorno del oído. *Trastornos oculares:* No conocida: visión borrosa (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Infecciones e infestaciones:* Raras: infección. Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es. **Sobredosis:** Los corticoides aplicados por vía tópica pueden absorberse en cantidades suficientes para producir efectos sistémicos (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En caso de ingesta accidental del preparado, deberían llevarse a cabo medidas rutinarias como el lavado gástrico. No hay un antídoto específico para casos de sobredosis con fluocinolona acetónido. Los pacientes deben ser tratados sintomáticamente. **DATOS FARMACÉUTICOS: Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar por debajo de 25ºC. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. Desechar 3 meses después de abrir el sobre protector de aluminio. Desechar la ampolla después de la administración. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial para su eliminación. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorios Salvat, S.A. Gall, 30-36. 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona (España). **FECHA DE LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Julio 2015. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2019. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** Ekzem 250 microgramos/ml gotas óticas en solución en envases unidosis, 30 ampollas. C.N. 707333 PVP s/IVA: 7,51€; PVP IVA: 7,81€. Con receta médica. Financiado por el SNS. Aportación normal.

Imagen en solapas de cubierta

SPIRAXIN

Rifaximina-α

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes.* **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración: Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. ***Ancianos:*** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los ancianos y los pacientes más jóvenes. ***Insuficiencia hepática:*** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. ***Insuficiencia renal:*** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. ***Población pediátrica:*** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifamicina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes.* Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DACD) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DACD o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la ciclosporina. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni, Salmonella spp. y Sigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifamicina, rifaximina puede causar una coloración rojiza de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. ***Advertencias sobre excipientes:*** Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es esencialmente "exento de sodio". **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay experiencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifamicina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibió las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYPs1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4. En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiepilépticos, antiarrítmicos, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de ciclosporina (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P, junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la Cmax y el AUC∞ de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro*, y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversa consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes (> 1/10); Frecuentes (>1/100 a <1/10); Poco frecuentes (de >1/1.000 a <1/100); Raras (>1/10.000 a <1/1.000); Muy raras (<1/10.000); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium.* **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipoestesia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presíncope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematoquecia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarpullidos y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eczema, eritemas, prurito, púrpura, urticarias. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional anormal. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: https://www.notificaram.es. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (tipo A) (de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa (E-464), Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PE-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma, S.p.A., Via Ragazzi del '99, n. 5 – 40133 Bolonia. Italia. **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVPIVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.

ALFASIGMA

es.alfasigma.com

Imagen en segunda de cubierta

ATERINA

SULODEXIDA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad *"in vitro"* a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxioxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxioxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes.* **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. ***Población pediátrica:*** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. ***Insuficiencia hepática:*** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. ***Personas de edad avanzada:*** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes.* Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. ***Advertencias sobre excipientes:*** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "exento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** ***Embarazo:*** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. ***Lactancia:*** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. ***Fertilidad:*** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a < 1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (<1/10.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** *Poco frecuentes:* Cefalea. *Muy raras:* Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** *Frecuentes:* Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** *Frecuentes:* Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. *Poco frecuentes:* Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. *Muy raras:* Hemorragia gástrica. *Frecuencia no conocida:* Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** *Frecuentes:* Erupción. *Poco frecuentes:* Eczema, eritema, urticaria. *Frecuencia no conocida:* Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** *Muy raras:* Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** *Frecuencia no conocida:* Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** *Frecuencia no conocida:* Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** *Frecuencia no conocida:* Asma. **Trastornos renales y urinarios:** *Frecuencia no conocida:* Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** *Frecuencia no conocida:* Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: *www.notificaram.es.* **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina, *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxioxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxioxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 ºC. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVPIVA:** 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Noviembre 2021.

Bibliografía: 1. Bignamini AA, Matuška J. Adv Ther. 2020 Mar;37(3):1013-1033. **2. Carroll BJ et al.** J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38. **3. Ligi D, et al.** J Cardiovasc Pharmacol. 2020 Mar;75(3):208-210. **4. Castro-Ferreira R et al.** Ann Vasc Surg. 2018. Jan;46:380-393.

ALFASIGMA

es.alfasigma.com

Imagen en página 6

El Médico

40 años contigo

Gracias

por acompañarnos

somos información



El Médico Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com