



Antoni Gilibert, Miguel Ángel Calleja, Candela Calle, José Ramón Germá y Ramón Mora, el pasado viernes.

Gestores ven inevitable el pago por resultados

Los servicios de salud defienden que la única opción es que industria y Administración compartan los riesgos

SANTANDER
SANTIAGO REGO
dirredaccion@diariomedico.com

En cualquier innovación farmacológica hay que definir, con una cuidada metodología, cuál es la mejor vía para adquirirla, y establecer así un modelo de financiación y compra, porque es difícil, en este escenario de crisis, seguir con el modelo de compra de medicamentos a precio por caja o envase. De ahí que los servicios de salud y la industria estén obligados a llegar a acuerdos de riesgo compartido (ARC) en los que ambas partes admitan que, si el centro del sistema es el paciente y su curación, el paso siguiente es generar incentivos para que las partes diseñen el pago por resultados.

Estas son algunas de las conclusiones de la II Jornada de Farmacia en Gestión Hospitalaria para Directivos, celebrada la semana pasada en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) y patrocinada por UCB. Antoni Gilibert, gerente de Farmacia del Servicio Catalán de Salud, explicó que la experiencia de los seis ARC de Cataluña es "excelente, pues la industria ya no está tan preocupada en colocar su producto, sino en que tenga un buen resultado en el paciente".

Según dijo, las empresas con las que se han firmado

Gilibert, del CatSalut, defendió la experiencia de los 6 ARC: "La industria ya no está tan preocupada en colocar su producto, sino en el buen resultado en el paciente".

pagos por resultados quieren alcanzar más acuerdos de riesgo compartido, "aunque ya sabemos que no pueden ser en todos los productos. Intentar introducir un fármaco de espaldas al sistema es un gran error por parte de la industria. Todos los productos en los que haya una incertidumbre de eficacia y seguridad, y por tanto de coste-efectividad, son susceptibles de pagos por resultados".

Según Rafael Cabrera, director de Acceso al Mercado de UCB, su empresa accedió a los ARC con un biológico para la artritis reumatoide (AR), donde el riesgo, a su juicio, recaía, fundamentalmente, en el laboratorio. "Es la industria la que asume un mayor riesgo", observó tajante el directivo de una industria que tiene ahora ya firmados 13 acuerdos con varios servicios de salud.

Gilibert le respondió que no estaba de acuerdo con que el riesgo sólo recayera en la industria. Al final, no hubo acuerdo, pero el directivo catalán dejó claro que para el SNS "es ya de por sí

un inmenso riesgo un gasto de 500 millones de euros en AR".

AHORRO

Miguel Ángel Calleja, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de las Nieves, de Granada, reconoció que su centro ha recibido "72 calabazas de laboratorios para llegar a acuerdos de pagos por resultados en fármacos de alto impacto económico. Pero tenemos 8 acuerdos en los que hemos sido muy estrictos en los criterios de inclusión, un elemento fundamental para el ahorro, que ha estado entre el 18 y el 40 por ciento".

Otro de los intervinientes Candela Calle, directora general del Instituto Catalán de Oncología, señaló que el riesgo compartido nunca será un éxito sin la responsabilidad de los profesionales y las farmacéuticas. "Hay que negociar siempre en aquellos productos que generan incertidumbre".

Por otro lado, José Ramón Germá, director científico y del Conocimiento del Instituto Catalán de Oncología, defendió que en el ARC tiene que incluirse siempre cuál ha sido la respuesta del fármaco a las 8 semanas de tratamiento, lo que animaría a la industria a la búsqueda de "fármacos mejores para obtener una mejor calidad y provecho.

Artículo especial sobre salud digestiva: Fibra y Aparato Digestivo



Artículo elaborado por el Dr. Miguel Bixquert Jiménez Servicio de Digestivo del H. Arnau de Vilanova (Valencia) Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. Experto de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

INTRODUCCIÓN

En los países "desarrollados" la concepción de la alimentación es cualitativa, es decir, la preocupación está en las propiedades saludables de los alimentos, para mantener un buen estado físico, mental y social. Es conseguir una **nutrición óptima**, que además de obtener nutrientes para el crecimiento y la supervivencia, potencie la **promoción del bienestar**, reduciendo el riesgo de disfunciones y ciertas enfermedades.

La dieta española ha cambiado mucho los últimos 35 años: ha aumentado la ingesta de grasa saturada, de proteínas animales, azúcares y/o hidratos de carbono simples, pero ha disminuido la de hidratos de carbono complejos, con una menor ingesta de fibra natural que se ha reducido en un 40% (de 27 a 16 g/día), aún más llamativa en las comunidades mediterráneas, donde es inferior a 15 g/día. Estos cambios dietéticos están influyendo en el incremento de la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y ciertos cánceres. ¿Podemos revertirlos?

CONCEPTO GENERAL DE BIENESTAR DIGESTIVO

Cualquier tipo de disfunción digestiva (dolor, plenitud, hinchazón, meteorismo, estreñimiento crónico) tiene mucho que ver con un modo de vivir inadecuado, reflejado en los cambios dietéticos señalados, en el abuso de bebidas alcohólicas, tabaco, y la falta de ejercicio físico regular. Es hora de recuperar la verdadera dieta mediterránea.

La obesidad, el sedentarismo, comer deprisa, el abuso de hidratos de carbono simples, etc., alteran el normal funcionamiento del aparato digestivo, el órgano más extenso del organismo. El ejemplo más común es el estreñimiento crónico, que aqueja entre el 25-40% de la población española (doble en los ancianos y triple en la mujer), y en el que colaboran una alimentación inadecuada muy reducida en fibra, el sedentarismo, el sobrepeso y la toma de ciertos fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, espasmolíticos, analgésicos, sales de calcio, etc.).

El estreñimiento causa incomodidad o molestias (hinchazón abdominal, pesadez, esfuerzos para evacuar, defecación dolorosa, etc.), que alteran la calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS), también puede causar ansiedad o depresión, complicaciones locales (divertículos colónicos, prolapso rectal, incontinencia, impactación por fecaloma, fisura anal, hemorroides que sangran o duelen), infecciones urinarias de repetición y complicaciones por el esfuerzo excesivo para defecar como síncope, arritmia cardíaca, angina de pecho e incluso infarto agudo de miocardio.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. PAPEL DEL SALVADO DE TRIGO

La EFSA (European Food Safety Authority) enfatiza que la fibra dietética tiene cuatro propiedades fundamentales: 1) acorta el tiempo de tránsito colónico y aumenta el volumen fecal; 2) es fermentable por la mi-

croflora colónica; 3) reduce de forma significativa el colesterol total y el CT-LDL; y 4) disminuye la glucemia postprandial y/o las insulinemias. Cuando la EFSA se refiere a "recomendaciones de fibra dietética", hace referencia a la fibra natural que contienen los alimentos vegetales en su totalidad y que no es afectada por las secreciones biliopancreática o intestinal, aunque sí es procesada por la microflora intestinal intraluminal.

El **salvado** es la capa exterior de los cereales. Forma parte del grano completo, y se obtiene como un subproducto de los granos refinados. Si el salvado es extraído del grano, el cereal pierde valor nutricional, ya que es particularmente rico en fibra dietética y ácidos grasos esenciales, y contiene cantidades significativas de almidón, proteínas, vitaminas y minerales.

El salvado, especialmente el de trigo, se emplea para enriquecer panes especiales y principalmente se encuentra en los cereales del desayuno, por sus propiedades nutritivas, sobre todo gran riqueza en fibra no fermentable, lo que explica su capacidad de retener agua y combatir el estreñimiento crónico debido al déficit de fibra alimentaria. El salvado de trigo, al contrario que sucede con pectina, polisacáridos de soja y goma guar (que pueden gelificarse), no retrasa el vaciamiento gástrico ni altera la absorción de minerales como Ca, Mg, Fe, Cu y Zn.

Hay estudios que muestran que el malestar intestinal asociado al estreñimiento crónico afecta la CDVRS tanto en su vertiente física como psíquica y que una ingesta muy baja de fibra dietética es común en varios países europeos y los EEUU, que coincide con los datos en varias comunidades españolas: en los últimos 45 años ha disminuido un 40% (de 27 a 16 g/día), sobre todo en el área mediterránea, Andalucía y Extremadura. Los expertos recomiendan **incrementar significativamente la ingesta de fibra, a base de salvado de trigo porque es más eficaz, más sencillo y seguro de tomar, y facilita la adquisición del hábito de consumirlo como parte del desayuno.**

Se recomienda una ingesta de 10g/día de salvado de trigo para poder incrementar 45 g el peso de las heces, sin embargo sabemos que, cantidades menores como 5 g/día son capaces de aumentar satisfactoriamente el peso y volumen de las heces.

BIBLIOGRAFÍA

EFSA panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA): "Scientific opinion on dietary reference values for carbohydrates and dietary fibre". EFSA journal 2010; 8: 1462.

O'Sullivan K. "The superior benefits of wheat bran fibre in digestive health". European Gastroenterology & Hepatology Review. 2012; 8(2): 90-93.

Rey E, Diaz-Rubio M, García MO. "Trastornos funcionales del intestino", en M Diaz-Rubio y E Rey (eds.), Trastornos Motores del Aparato Digestivo, 2a ed., Panamericana, Madrid, 2007; 219-235.

Ruiz-Roso B. "Fibra dietética", en Carbajal A y Martínez C (eds.), Manual práctico de Nutrición y Salud. Cátedra Kellogg's, Madrid, 2012. 19-29.