



“Que me den 6 líneas escritas por el hombre más honrado del mundo y encontraré razones para hacerle ahorcar”

(Cardenal Richelieu)

JUEVES 20-05-2010



Edita: SANIFAX S. L. Telf: 91-533.46.05. P. San Francisco de Sales 41. 28003 Madrid, sanifax@sanifax.es



LA CESM PREPARA HOY UN CALENDARIO DE MOVILIZACIONES QUE TERMINARÁ CON UNA HUELGA DE MÉDICOS CONTRA LA REBAJA DE ZP

- **PATRICIO MARTÍNEZ: “LAS MEDIDAS AFECTAN MUCHISIMO A LA SANIDAD” (ENTREVISTA CON EL LIDER SINDICAL DE LOS MEDICOS ESPAÑOLES).**

ANTONIO MINGORANCE (FEDIFAR): “LO QUE NOS VIENE ENCIMA ES UN “TSUNAMI” A LA INDUSTRIA, A LAS FARMACIAS Y A LA DISTRIBUCION”

EUDALD BONET DEJA LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO MÉDICO DE GIRONA

- **PRESENTADA UNA MOCION DE CENSURA A TODA LA JUNTA PIDIENDO ELECCIONES, QUE TRIUNFÓ. BONET ANUNCIA QUE NO SE PRESENTARA MAS.**
- **HOY SE DEDICARA INTENSAMENTE A SU DESPACHO DE PTE DE AMA EN MADRID**

OTROS TEMAS IMPORTANTES DEL DIA:

- **AYER TARDE SE REUNIO DE URGENCIA LA COMISION DE GOBIERNO DE FARMAINDUSTRIA, QUE ULTIMABA UNA FORMULA PARA QUE LOS 1000 MILLONES DE REBAJA DE MEDICAMENTOS SEA VIA DESCUENTO Y NO PRECIOS.**
- **HOY MAXIMA EXPECTACION ANTE LA INTERVENCION DE ANA PASTOR EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. PUEDE ASISTIR QUIEN LO DESEE.**
- **LUCAS FERNÁNDEZ (PSOE MADRID) VUELVE HOY A LA CARGA EN LA ASAMBLEA CON UNA MOCIÓN EN LA QUE PIDE DEROGAR EL ÁREA ÚNICA SANITARIA.**
- **LAS CLÍNICAS PRIVADAS HACEN BALANCE DEL 1º AÑO DE “LA NUEVA ERA”.**
- **LA FÁBRICA DE PFIZER EN ALGETE (MADRID) SE LIBRA DE LOS CIERRES Y REDUCCIONES DE PLANTILLA GLOBALES ANUNCIADOS EN TODO EL MUNDO.**
- **HOY COMIENZAN LAS JORNADAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN DEL CONSEJO FARMACÉUTICO. CARMEN PEÑA Y AQUILINO GARCÍA SON “FIGURAS DEL DÍA”.**
- **LOS VETERINARIOS DE MADRID SE ADHIEREN AL ARBITRAJE DE CONSUMO.**

HOY, DOS DOSIERES ESPECIALES:

→ DICTAMEN DEL CONSEJO DE ESTADO SOBRE EL DECRETO QUE FINALIZA CON EL RÉGIMEN DE AMF-AT DE PSN Y BALANCE DEL OBSERVATORIO DE AGRESIONES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE CASTILLA Y LEÓN



Changing tomorrow

Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas. Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

Aspiramos a descubrir las soluciones médicas del futuro para los problemas de salud de hoy. Astellas tiene el compromiso de alcanzar el éxito que conlleva cambiar el mañana.

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECIOSOS
DOLOR



astellas
Leading Light for Life



EL COMITÉ EJECUTIVO DE CESM CIERRA HOY UN CALENDARIO DE ACTOS CONTRA LA BAJADA DE SUELDOS

* PATRICIO MARTÍNEZ: “LA MEDIDA ROMPE LA COLUMNA VERTEBRAL DE UN GRAN SISTEMA DE BIENESTAR”

* “LAS MEDIDAS AFECTARÁN MUCHÍSIMO A LA SANIDAD”

ERA DE ESPERAR... SI PATRICIO MARTÍNEZ HA LIDERADO MANIFESTACIONES POR EL MÁSTER PARA LOS MÉDICOS Y PUSO “CONTRA LAS CUERDAS” HACE DOS SEMANAS A SU AMIGO PEPE M. OLMOS POR LA TRONCALIDAD DE LOS ESTUDIANTES, RESULTABA MÁS QUE PREDECIBLE QUE LA BAJADA DE SUELDOS A LOS FUNCIONARIOS, QUE EN EL CASO DE MÉDICOS Y ENFERMERÍA SERÁ DE MÁS DE UN 5%, IBA A HACER QUE LA CESM LIDERARA UN NUEVO ARRANQUE DE “ECHARSE A LAS CALLES”. LA DECISIÓN SERÁ MEDIO OFICIAL HOY, A LA ESPERA DE QUE EL CONSEJO DE MINISTROS APRUEBE EL DECRETO Y SE PUBLIQUE DEFINITIVAMENTE EN EL BOE. PERO PATRICIO LO DA POR HECHO. LO MALO ES QUE ESTA VEZ, NI SIQUIERA SU AMIGO OLMOS PUEDE PARARLO...

→ ¿Qué le parece la anunciada bajada de sueldo a los funcionarios en su vertiente de los médicos?

→ No se trata exclusivamente de la bajada del sueldo de los médicos, sino son todas las medidas que contra el Sistema Nacional de Salud se van a poner en práctica. Van a ser medidas que en definitiva están afectando enormemente a la industria farmacéutica. Van a ser las medidas que van a afectar además a todo lo que es el sistema de compras e inversiones sanitarias. Y además está sin duda también, lo de la cuestión de las retribuciones de los médicos.

Y esta es una situación total y absolutamente injusta. El Sistema Nacional de Salud ha dado muestras suficientes de que se ha apretado el cinturón económico desde hace tiempo. Es uno de los buenos. Es uno de los que tienen una gran calidad asistencial. Y está por debajo de dos puntos del PIB, el Sistema Nacional de Salud, en lo que hace referencia a la comparativa con los estados de la Unión Europea. Y evidentemente esto es romper la columna vertebral del sistema del bienestar. Y habrá que tener mucho cuidado. Yo estoy enormemente preocupado con este ruptura del sistema social.



→ ¿Hay alguna valoración económica de CEMS sobre cuánto perderán los médicos?

→ ... Si es que no se sabe todavía de qué forma ni de qué manera. No hay nada más que una serie de supuestos. Todo el mundo sabemos que en el BOE no pueden figurar nada más que las retribuciones básicas. Que es la competencia del propio Ministerio. Para las CC.AA no son nada más que las competencias de retribuciones complementarias. Y no sabemos ni de qué forma, ni de qué manera se va a afectar. Pero evidentemente, el médico no va a aceptar de ninguna de las formas que además la carga sea desproporcionada. Que de la manera que nos suben el sueldo cuando nos lo suben, y es un 3-4-5%. Ahora no puede ser que por toda una serie de circunstancias le carguen además con una carga todavía mayor. Y eso no se va a poder soportar. Y por otro lado, también sería doblemente injusto. No solamente este reparto, sino que además tuviera que ir también con las jornadas extraordinarias que el médico tiene que hacer para mantener el SNS abierto 24 horas, 365 días. Que serían las guardias. Porque evidentemente, entonces para eso ya no sería posible el que encontráramos médicos suficientes para hacer guardias.

→ Si no hay cifras, ¿entonces por qué el Presidente de la OMC puso aquel ejemplo de los banqueros y dijo que los médicos pagarán proporcionalmente 10-15 veces más que ellos?

→ No sé en qué aspecto concreto dijo esta cuestión. Pero si nos cargan ahora sobre sueldo, sobre las horas extraordinarias y también en el IRPF, tendrá que ver con ello. Y sucederá esta cuestión a la que el se refiere. Al final es que nos vamos a meter en unos descuentos muy superiores al 15% Más después lo que cada uno tiene que hacer con su IRPF, se genera una situación de enorme desconcierto y de improvisación “de la noche a la mañana” en unas medidas que si se hubieran pensado, evidentemente no serían tan duras para el Sistema Nacional de Salud.



PATRICIO MARTÍNEZ: “VA A HABER SEGURO MOVILIZACIONES Y ESTARÁN EN CONSONANCIA CON NUESTRA BAJADA”

*** “HE PEDIDO A LA OMC Y A FACME QUE, CON INDEPENDENCIA DE CUÁNDO SE REÚNA EL FORO DE LA PROFESIÓN, LAS APOYEN”**

→ A un hombre como usted tan experto, ¿el cuerpo le pide movilizaciones?

→ A mí lo que me pide el cuerpo en estos momentos es un sentimiento de responsabilidad. Estoy realmente con una situación no solamente de incertidumbre, sino de temor. Nunca sabemos cómo empiezan las cosas. Pero sí que cuando empiezan así, después ya no se pueden controlar. Las movilizaciones estarán de acuerdo a las medidas que se vayan a tomar. Nadie más que el médico está por la defensa del Sistema Nacional de Salud. Y está por la defensa de que el ciudadano pueda disfrutar como hasta ahora de un Sistema Nacional de Salud de esta calidad.

Evidentemente, los médicos empezaremos a concentrarnos y manifestarnos. Y ya veremos las medidas que desde la responsabilidad toma el Comité Ejecutivo. Al cual sin duda, como Secretario General me debo total y absolutamente. Pero la responsabilidad y el temor son grandes. Y la incertidumbre en la que nos estamos metiendo me hace presagiar días de muchos nubarrones.

→ ¿Advierte un silencio cómplice en algunas Comunidades Autónomas?

→ No. No estoy viendo esa situación de complicidad. Lo único que estoy palpando es que están también tan despistadas como nosotros. No se sabe todavía de qué forma o manera va a venir lo que nos afecta. Pero ellas sí son corresponsables en las retribuciones complementarias. Y el médico tiene muchas retribuciones complementarias. No solamente es la dirección por objetivos, el complemento de destino, es la carrera profesional y son la atención continuada. Por tanto, tienen aquí una faena. Y lo que no es, es que ellos se vayan ahorrar el 5%. Porque eso viene en definitiva también a través de los presupuestos generales del Estado. Lo que hará falta saber es de qué forma van a aplicar ellos en las retribuciones complementarias esta bajada del sueldo.

→ Y entonces el futuro lo ve más bien negro...

→ El futuro evidentemente es como el del resto de Europa: hay que apretarnos el cinturón. Pero no se pueden hacer las cosas tampoco con esta sensación de improvisación. Que da la sensación que ha existido seguramente por mandatos externos. Pero en el peor de los casos lo que no puede ser tampoco es que ahora el médico, que desde el punto de vista de sus retribuciones está muy por debajo de Europa, ahora además nos vayan a decir que tenemos que asumir la mayor parte de la crisis. Y sobre todo con esa demagogia que en ocasiones hace algún Ministro diciendo que “que aquí va a pagar más el que más tiene”. Y nosotros lo que tenemos es poco dinero y mucho trabajo.

→ ¿Ha tenido usted algún tipo de contacto político y qué lectura ha sacado de él?

→ Ayer mismo tuve contacto con el propio Ministerio. En donde hice saber cuál era esta situación. Para que en definitiva se le hicieran llegar también a nuestra Ministra, que estaba de viaje. Y ése ha sido el último de los contactos que he mantenido.

→ ¿Por qué el Foro de la Profesión Médica no se ha reunido ya para ver esos temas?

→ Esta misma mañana he estado hablando con el presidente de la OMC. Ayer estuve hablando con el presidente de FACME, a efectos de comunicarles que íbamos a comenzar movilizaciones y concentraciones. Y que evidentemente esperaba en cualquiera de los casos dada la situación de la gravedad, que ambos le dijeran al médico que teníamos que participar. Y que teníamos que contribuir a esta situación. El Foro no se ha reunido todavía porque es que no sabemos cuáles son las medidas. Yo he convocado el Comité Ejecutivo pensando que el miércoles se hubiera reunido la Mesa de la Función Pública y tuviéramos ya un adelanto de cuáles iban a ser las medidas. Y resulta que todo esto se ha pospuesto 24 horas. Con lo cual, tampoco sabremos... Pero evidentemente, en el momento en que la situación nos permita saber cuáles son las circunstancias del Decreto y si va a tener apoyo en el Congreso para sacar adelante este Decreto Ley, será el momento en el que el Foro de la Profesión se reúna. Pero los miembros del Foro ya tienen conocimiento por mí de que hemos apoyado las movilizaciones que la CESM pueda decidir...



ANTONIO MINGORANCE (FEDIFAR): “LAS NUEVAS MEDIDAS SON COMO UN “TSUNAMI” PARA EL SECTOR QUE NOS PUEDE LLEVAR POR DELANTE A TODOS”

*** “LLEVAMOS DOS AÑOS EN QUE TODO LO QUE SE DECIDE AFECTA SIEMPRE A LA DISTRIBUCIÓN. Y YA NO PUEDE SER”**

SANIFAX HABLÓ AYER CON EL PRESIDENTE DE FEDIFAR, QUE ESTÁ TAN PREOCUPADO COMO TODO EL SECTOR FARMACÉUTICO CON LA DECISIÓN DEL GOBIERNO DE BAJAR LOS PRECIOS CUANDO HACE SÓLO DOS MESES QUE YA SE TOMARON MEDIDAS EN LA FARMACIA. ANTONIO MINGORANCE CONSIDERA QUE LA SITUACIÓN “ES UN TSUNAMI”.



→ **¿Cree que son justas las medidas que también van a recaer contra las oficinas de farmacia?**

→ Creo que ya se han tomado bastantes medidas sobre las oficinas de farmacia, la distribución y sobre la industria farmacéutica en general. En definitiva, sobre todo el sector... Llevamos ya varios años donde todas las medidas están recayendo hacia nosotros. Así que creo que las cosas están llegando ya casi a un límite de lo sostenible.

→ **¿Cómo ve que el sector farmacéutico sea el único al que ahora se vaya a “tocar” y pedirle una rebaja de precios?**

→ Como comprenderá, no me puede parecer bien. Puesto que es un sector que ya ha sido bastante afectado por las diversas normas y medidas. Y que ahora se venga con otra más... Ya empiezan a no ser sostenibles muchas oficinas de farmacia ni muchas empresas de distribución. Este es un hecho evidente. Pero habrá que ver en qué se concretan las medidas que están anunciadas.

→ **La industria asegura que se cerrarán 1/3 de fábricas y muchas multinacionales pueden marcharse. ¿Cómo ve el posible cierre de farmacias o empresas de distribución?**

→ Lo primero es que a día de hoy no sabemos exactamente la cuantía del impacto. Porque realmente todo lo que hay ahora mismo son “dimes y diretes”. Pero nada que esté cuantificado y exacto. Pero sí le puedo decir que las 6.000 ó 7.000 farmacias que todos sabemos que están en el umbral de supervivencia, con una nueva medida más van a empezar a pasarlo bastante mal. Y las empresas de distribución, lo mismo. Ya empieza a no ser viable el sistema y el servicio tal y como está. Porque llevamos 2 años en que todas las medidas vienen sobre nosotros. Es el único sector, la industria farmacéutica, farmacia y distribución, donde están cayendo las medidas. Y eso no puede ser.

→ **¿Cree que las oficinas de farmacia deberían de contribuir mediante una devolución voluntaria en vez de por Decreto Ley, al igual que va a hacer la industria farmacéutica?**

→ Creo que las oficinas de farmacia ya están contribuyendo con un Decreto 5/2000. Que tiene una cantidad de aportación bastante importante. Estamos hablando de casi 600 ó 700 millones de euros anuales. Y ya es bastante. Y ahora, que aporten más lo veo complicado. Ya le digo que existen muchos casos en que la farmacia económicamente no es viable. Pero, en definitiva, el Gobierno es el que tiene la potestad de decidir al final. Como aquí, lo que está ocurriendo es de tal naturaleza, que tal vez debamos empezar a pensar que con tal de que no te lleve por delante es con lo único que uno se puede dar por satisfecho.

En cualquier caso, todo esto es como un “tsunami” que nos ha llegado a todos. Y que ya creo que con que no nos lleve por delante a todos... Con que por lo menos nos deje sentados en la mesa con el bolígrafo y la silla para cuando pase todo esto... Porque de verdad es que el sector está siendo bastante agredido ya. Yo creo que ya no hay precedentes en esto.

La ministra española de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, ha intervenido el pasado lunes en el debate previo a la votación

EL PARLAMENTO EUROPEO APRUEBA LA DIRECTIVA SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS TRASPLANTES

- **500 millones de europeos verán mejorar su acceso a los trasplantes, que se realizarán con las mismas condiciones de calidad y seguridad en todos los países de la Unión Europea.**
- **La Directiva se acompaña de un Plan de Acción, basado en el modelo español de trasplantes, cuyo desarrollo podrá salvar la vida cada año a cerca de 20.000 pacientes europeos.**
- **Las donaciones de órganos en la UE solo cubren el 46% de las necesidades de la población europea. Cada día mueren 12 europeos a la espera de un trasplante.**
- **La Directiva establece la creación de organismos oficiales, similares a la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) española, (imprescindibles para supervisar la donación y el trasplante), y reconoce el papel de los coordinadores para garantizar la calidad de las donaciones.**
- **Los derechos de los donantes son claves en esta normativa, que garantiza la trazabilidad de los órganos en toda Europa, establece un sistema de notificación y alerta de efectos adversos, y de registros de actividad trasplantadora.**
- **La normativa estipula que las donaciones deben ser altruistas y persigue acabar con el turismo de trasplantes y el tráfico de órganos.**

El Parlamento Europeo ha aprobado ayer miércoles por 643 votos a favor, 16 en contra y 8 abstenciones la **Directiva Europea sobre calidad y seguridad de los trasplantes de órganos, impulsada y liderada por España**, y el **Plan de Acción** que la acompaña, diseñado a imagen y semejanza **del modelo español** de trasplantes. Su objetivo es lograr que **500 millones de personas** puedan acceder a un trasplante cuando lo necesiten y garantizar que en **toda Europa este tipo de intervenciones se realicen bajo las mismas condiciones de calidad y seguridad**, independientemente del país donde se efectúe.

Tal y como señaló la ministra española de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, durante su intervención el pasado lunes por la tarde ante el Parlamento Europeo, con esta normativa **“Europa se convierte en un referente mundial en donación y trasplante de órganos”**. “Cuando la Directiva se haya transpuesto a todos los estados de la Unión Europea, se habrá creado **el mayor espacio organizativo de donación y trasplantes del mundo**. Y todo, fundamentado en **principios éticos como el altruismo y la solidaridad**, esenciales en Europa”, aseguró Jiménez.

NORMATIVA COMÚN EUROPEA

El **intercambio de órganos** entre países europeos, sobre todo entre aquellos que han establecido convenios internacionales, es una práctica habitual. En ocasiones, se han realizado trasplantes en hospitales que pertenecen a distintas jurisdicciones y que, hasta el momento, han adoptado diferentes medidas de calidad y seguridad. Partiendo de esta situación y ante la posible aparición de problemas de seguridad en personas trasplantadas que se encuentran en distintos países, urgía el desarrollo de una normativa común europea, capaz de garantizar los mismos criterios de calidad y seguridad en todo el proceso de donación y trasplante, con independencia del país en que se éste se realice.

A ello, se ha sumado la necesidad de incrementar las donaciones en toda Europa, acortando las distancias entre los países con mayor tasa de donación, como España, (34,4 p.m.p) y Portugal (31p.m.p), y los de menos, como Bulgaria (1 p.m.p) o Rumanía (2,79 p.m.p) donde los trasplantes son incipientes. “Estas diferencias sólo pueden solucionarse en un marco comunitario, que persiga **la igualdad de los ciudadanos europeos** en el acceso a la sanidad en general y a la terapia del trasplante en particular”, subrayó Trinidad Jiménez. El desarrollo del **Plan de Acción** que acompaña a la Directiva **podría salvar cada año la vida de cerca de 20.000 pacientes**, ya que permitirá acortar las distancias entre los diferentes países e incrementar las donaciones. En la actualidad, se calcula que **cada día 12 europeos fallecen a la espera de un trasplante**. Los datos del Registro Mundial de Trasplantes, que gestiona la ONT, revelan que las donaciones en la UE (con una tasa de 18,1 donantes p.m.p.) en 2008 sólo permitieron cubrir el **46% de las necesidades de trasplantes de la población**.

ASPECTOS DESTACADOS DE LA DIRECTIVA

La Directiva establece una serie de requisitos, de obligado cumplimiento entre todos los estados de la Unión Europea, imprescindibles para garantizar la calidad y seguridad de los órganos dedicados al trasplante. Su articulado regula todo el proceso de donación, caracterización, conservación, transporte y trasplante de órganos, e insiste en la necesidad de preservar los derechos del donante. Entre estos requisitos, destacan los siguientes:

- Cada país debe establecer uno o varios **organismos oficiales, similares a la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)** española, encargados de **supervisar** la actividad trasplantadora e desarrollar las normas europeas **de calidad y seguridad**. La Directiva considera que estos organismos y la existencia de una red de expertos, reducen significativamente los riesgos asociados al trasplante. En su articulado establece sus funciones.
- Reconoce **el papel del coordinador de trasplantes** o del equipo de coordinación **como una figura clave** para mejorar no sólo la efectividad del proceso de donación y trasplante, sino también la calidad y la seguridad de los órganos que van a ser trasplantados.
- Asegura una adecuada **caracterización de los órganos** para trasplante, como un aspecto esencial de la práctica clínica. Para ello considera imprescindible **el papel de los equipos médicos a la hora de evaluar al posible donante y al posible receptor**. Y establece las condiciones para el transporte de órganos, que debe ir acompañado siempre de un informe médico del donante y con su caracterización.
- También obliga a los estados miembros a establecer los **requisitos que deben cumplir los hospitales** para realizar extracción y trasplante de órganos
- **Garantiza la trazabilidad de los órganos**, desde que se extraen hasta que se trasplantan, de forma que se pueda detectar inmediatamente el origen de un problema en caso de que surja.
- Establece el desarrollo de **un sistema de notificación y gestión efectiva de eventos y reacciones adversas graves**, que permita investigar los efectos no deseados, como medida de protección del paciente trasplantado. (*En Europa ya existe un sistema de información y alerta para los trasplantes de tejidos y células, en aplicación de la **Directiva Europea sobre calidad y seguridad en los trasplantes de tejidos y células, aprobada en 2004, también por iniciativa española***)
- Estas medidas se complementan con el establecimiento de estructuras de **inspección y medidas de control**.
- También estipula la creación de **registros de actividad de donación y trasplante**, imprescindible para conocer la situación en cada país y adoptar medidas de mejora.
- Asimismo regula el intercambio de órganos entre los estados miembros de la Unión Europea y de las organizaciones europeas de trasplante (Skandia Trasplant y Eurotrasplant), con terceros países.

- La Directiva establece que la **donación debe ser altruista**, principio fundamental del sistema español de trasplantes, de la comunidad científica trasplantadora y de todos los organismos internacionales (OMS, ONU, Sociedad Internacional de Trasplantes)
- **Condena el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes**, cuya erradicación las instituciones europeas también persiguen con esta normativa. La Directiva considera que una **legislación europea común**, la implicación directa de las autoridades sanitarias de cada país, la acreditación de los centros trasplantadores y el establecimiento de métodos que permitan la **trazabilidad de los órganos**, contribuirán a la desaparición del riesgo de este tipo de prácticas que atentan contra la dignidad humana.

Los países de la UE tienen dos años para trasponer la directiva, desde su publicación en el Boletín Oficial de las Comunidades Europeas.

PLAN DE ACCIÓN

El **Plan de Acción**, que se desarrollará hasta el **año 2015**, contiene características propias del **modelo español de trasplantes**, considerado como **un referente mundial** por el **Consejo de Europa**. Su objetivo: incrementar las donaciones, establecer patrones de referencia en todos los aspectos relativos a la donación y el trasplante e intercambiar las mejores prácticas. Entre las medidas que establece el Plan de Acción destacan las encaminadas a fomentar la figura del coordinador hospitalario de trasplantes y mejorar las habilidades de comunicación entre los profesionales implicados en el proceso de donación, así como las que desarrollan programas de evaluación de la calidad del proceso de donación. También incluye programas para potenciar la donación de vivo, más avanzados en países del centro y norte de Europa.

RANKING EUROPEO

Existen grandes diferencias entre los países europeos respecto a la donación y trasplante de órganos. Los países del sur de Europa, con un modelo similar al español, como Portugal, Francia, Bélgica o Italia, basado fundamentalmente en la donación de personas fallecidas, son los que mejores resultados tienen. Frente a ellos, se encuentran los países del norte, con tasas inferiores a 20 donantes p.m.p donde los trasplantes se basan fundamentalmente en la donación de vivo. Según los datos provisionales del Consejo de Europa, en 2009, **el ranking mundial de donación y trasplantes lo sigue encabezando España** con **34,4** donantes p.m.p, seguido de **Portugal y Bélgica (Ver tabla adjunta)**

Países de la UE (*)	Donantes p.m.p 2009
España	34,4
Portugal	31
Bélgica	26
Austria	25,2
Estonia	24,6
Francia	23,2
Italia	21,3
R. Checa	19,1
Finlandia	17
Irlanda	16,5
Eslovenia	16,5
Eslovaquia	15,9
Reino Unido	15,5
Alemania	14,9
Letonia	14,8
Lituania	14,7
Holanda	12,9
Polonia	11

(*) Datos provisionales de 2009 del Consejo de Europa, relativos a los países que hasta ahora han informado al Registro Mundial de Trasplantes que gestiona la ONT.

ANDRÉS PERELLÓ: "HOY HEMOS DADO MÁS ESPERANZA A QUIENES SUFREN LA ANGUSTIA DE ESPERAR UN ÓRGANO"

- **El parlamento Europeo ha aprobado por una abrumadora mayoría la Directiva sobre normas de calidad y seguridad y órganos humanos destinados al trasplante y el Plan de Acción sobre donación y trasplante de órganos, que pone en marcha el desarrollo de dicha directiva. De esta manera se exporta el modelo español para hacer más eficaz y transparente la donación y salvar más de 20.000 vidas al año en la Unión Europea.**

Tras el resultado de la votación de ayer miércoles, Andrés Perelló, ponente del Plan de acción, ha declarado que "el hecho de que el Parlamento haya aprobado con esta abrumadora mayoría extender el modelo español de trasplantes a Europa nos enorgullece como españoles y nos hace sentirnos más seguros como europeos".

"Con esta votación hemos sembrado Europa de esperanza de vida para quienes sufren la angustia de poderla perder esperando el órgano que necesitan. Y España es la principal responsable de que esto haya sucedido", ha añadido Perelló.

El Plan de Acción aprobado ayer miércoles ofrece mayores garantías y facilidades, al tiempo que fomenta las donaciones inter-vivos, que deben ser voluntarias y no retribuidas. También destaca la necesidad de la trazabilidad en los órganos, es decir, llevar un control de quién ha donado, qué recorrido ha tenido y quién es el receptor, garantizando siempre el anonimato.

En la Unión Europea existen grandes diferencias entre los distintos países que van desde 34,2 donantes por millón de personas en España a 1,1 en Bulgaria. Estos contrastes no sólo tienen su origen en la solidaridad, sino en los diferentes sistemas de gestión de trasplantes de los Estados Miembros

Po ello, el Plan de Acción también prevé que en todos los Estado miembros se creen autoridades nacionales competentes, ya que el primer motivo de la pérdida de órganos es no detectar las personas que pueden ser donantes ni tener bien localizados a los posibles receptores.

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

8065 *Orden SAS/1301/2010, de 14 de mayo, por la que se modifica la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, por la que se delegan y aprueban las delegaciones del ejercicio de competencias en los órganos administrativos del Ministerio de Sanidad y Política Social y sus organismos públicos dependientes.*

El Real Decreto 495/2010, de 30 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales ha suprimido en este departamento la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios y la Dirección General de Terapias Avanzadas y Transplantes.

La necesaria coordinación en el ejercicio de las competencias delegadas que a esos centros directivos ya extintos les fueron atribuidas en virtud de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, por la que se delegan y aprueban las delegaciones del ejercicio de competencias en los órganos administrativos del Ministerio de Sanidad y Política Social y sus organismos públicos dependientes, hace necesario modificar parcialmente el actual régimen de delegación de competencias, especialmente en lo que se refiere al ámbito de la Subsecretaría de Sanidad y Política Social y de la Secretaría General de Sanidad.

Igualmente se recoge una delegación expresa, que no se recogía en el punto 3 del apartado decimotercero de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, en la persona titular de la Secretaría General de Política Social y Consumo, sobre la competencia relativa al otorgamiento de transferencias nominativas que figuren en el presupuesto de la Dirección General de Consumo, así como la autorización y el compromiso del gasto correspondiente.

Por todo ello, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en la Disposición Adicional Decimotercera de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, dispongo:

Artículo único. Modificación de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, por la que se delegan y aprueban las delegaciones del ejercicio de competencias en los órganos administrativos del Ministerio de Sanidad y Política Social y sus organismos públicos dependientes.

Uno. Se añaden los puntos 22 a 25 en el apartado primero de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, en relación con las competencias delegadas por la Ministra en la persona titular de la Subsecretaría de Sanidad y Política Social:

22. Respecto del sistema de pagos mediante anticipos de caja fija:

22.1 La competencia para establecer el sistema de anticipos de caja fija del departamento y acordar la distribución, por caja pagadoras, del gasto máximo asignado por conceptos y para periodos determinados, en virtud del artículo 78 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, y del Real Decreto 725/1989, de 16 de junio, y normativa de desarrollo.

22.2 Previos los informes establecidos como preceptivos, la determinación inicial y la modificación de los importes de los anticipos de caja fija asignados a cada caja pagadora en cada ejercicio presupuestario, dentro del límite global establecido por el apartado 2 del artículo 2 del Real Decreto 725/1989, de 16 de junio, sobre anticipos de caja fija, y la

determinación de la distribución por cajas pagadoras de los gastos máximos asignados por aplicaciones presupuestarias y para periodos determinados, así como el establecimiento de instrucciones generales de funcionamiento de las cajas pagadoras.

22.3 La autorización a las cajas pagadoras para el mantenimiento de existencias de efectivo con el fin de atender necesidades imprevistas y gastos de menor cuantía y sus importes máximos en cada caso.

23. Respecto al sistema de pagos a justificar:

23.1 El establecimiento y la modificación, previos los informes que resulten preceptivos, de las normas de expedición de órdenes de pagos a justificar.

23.2 La autorización a que hace referencia el párrafo segundo del número 1 del apartado primero, de la Instrucción tercera de la Circular 3/1996, de 30 de abril, de la Intervención General de la Administración del Estado por la que se dictan instrucciones sobre función interventora.

24. La autorización, previos los informes favorables que resulten preceptivos, de la imputación a los créditos del ejercicio corriente de obligaciones generadas en ejercicios anteriores como consecuencia de los compromisos de gastos adquiridos, de conformidad con el ordenamiento, para los que hubiera crédito disponible en el ejercicio de procedencia.

25. El otorgamiento de transferencias nominativas, previa propuesta de los correspondientes órganos directivos del departamento, que figuren en los presupuestos del departamento y la aprobación y el compromiso del gasto correspondiente, con independencia de su cuantía y sin perjuicio de las facultades atribuidas al Consejo de Ministros, excepto los delegados en otros órganos del departamento.

Dos. Se añaden los puntos 9 a 14 en el apartado cuarto de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, en relación con las competencias delegadas por la Ministra en la persona titular de la Subdirección General de Administración Financiera:

9. La autorización y compromiso de todos los gastos iguales o inferiores a 900.000 euros, excepto los delegados en otros órganos del departamento.

10. Las facultades que el ordenamiento jurídico atribuye al titular del departamento en materia de contratación administrativa y encomiendas de gestión de importe igual o inferior a 900.000 euros, así como la aprobación y compromiso del gasto derivado de los mismos, excepto en los contratos y encomiendas de gestión cuyo objeto sean campañas de publicidad que serán competencia de la Subsecretaria y en los delegados en otros órganos del departamento.

11. La incautación, con independencia de la cuantía del contrato del que se derivan, de las garantías provisionales, definitivas y, en su caso, complementarias y de las especiales.

12. La aprobación de las autorizaciones y de los compromisos de gasto, previa propuesta de los correspondientes órganos superiores y directivos del departamento, respecto a los gastos tramitados a través del «anticipo de caja fija» de la Caja Pagadora Central, excepto los delegados en otras autoridades del departamento.

13. Respecto al sistema de pagos a justificar, la aprobación y el compromiso de los gastos inferiores a 900.000 euros, previa propuesta de los correspondientes órganos superiores y directivos del departamento, excepto los delegados en otras autoridades del departamento.

14. La resolución de los procedimientos para el reconocimiento del derecho para la devolución de ingresos indebidos en concepto de deudas por tributos gestionados por órganos superiores y directivos y unidades del departamento, sin perjuicio de las competencias que en esta materia estén atribuidas a otros órganos.

Tres. Se añade el punto 3 en el apartado quinto de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, en relación con las competencias delegadas por la Ministra en la persona titular de la Subdirección General de Recursos Humanos:

3. La autorización y los compromisos de gastos relativos a los capítulos 1 (gastos de personal) y 8 (activos financieros) en lo relativo a los anticipos reintegrables al personal del presupuesto del departamento.

Cuatro. El apartado octavo de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, queda redactado en los siguientes términos:

La Ministra delega en la persona titular de la Dirección General de Farmacia, en relación con la suprimida Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes, la competencia de la programación y convocatoria de las ayudas con cargo a los créditos de su presupuesto, el otorgamiento, autorización y compromiso de gastos relativos al capítulo 8 (activos financieros), así como la comprobación de la realización de la actividad y del cumplimiento de la finalidad que determine la concesión de esas ayudas.

Cinco. Se modifica el punto 3 del apartado decimotercero de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, en relación con las competencias delegadas por la Ministra en la persona titular de la Secretaría General de Política Social y Consumo, que queda redactado en los siguientes términos:

El otorgamiento de transferencias nominativas, que figuren en su presupuesto y en el de la Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad y de la Dirección General de Consumo; así como la autorización y compromiso del gasto correspondiente, con independencia de su cuantía y sin perjuicio de las facultades atribuidas al Consejo de Ministros.

Seis. El apartado vigésimo de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, queda redactado en los siguientes términos:

Se aprueba la delegación de la Subsecretaría de Sanidad y Política Social, delegándose en la persona titular de la Jefatura de su Gabinete Técnico el ejercicio de las competencias siguientes en relación con el personal destinado en el departamento:

1. La atribución del desempeño provisional de puestos de trabajo, excepto los de nivel 30.
2. El reingreso al servicio activo de los funcionarios procedentes de la situación de servicios especiales con derecho a reserva de plaza y destino en el departamento.
3. La designación de las comisiones de servicio con derecho a indemnización, cuando no hayan sido delegadas expresamente en otros órganos, respecto de los titulares de las Subdirecciones Generales o asimilados, así como del personal que preste servicios en las anteriormente referidas unidades, dependientes directamente de la Subsecretaría.

Disposición transitoria única. *Tramitación de expedientes ya iniciados.*

Los expedientes iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de esta Orden serán tramitados y resueltos de conformidad con lo dispuesto en la misma.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Queda derogado el apartado tercero y el punto cuatro del apartado vigésimo sexto de la Orden SAS/3547/2009, de 28 de diciembre, por la que se delegan y aprueban las delegaciones del ejercicio de competencias en los órganos administrativos del Ministerio de Sanidad y Política Social y sus organismos públicos dependientes, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta Orden.

Disposición final única. *Entrada en vigor.*

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Madrid, 14 de mayo de 2010.—La Ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez García-Herrera.



El Congreso aprueba a propuesta de CiU impulsar el reconocimiento de la especialidad médica de enfermedades infecciosas

- **La portavoz de Sanidad de CiU señala que solo Bélgica y Luxemburgo junto con España son los únicos estados que carecen de esta especialidad**

La Comisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados ha aprobado ayer miércoles por unanimidad una Proposición no de Ley del Grupo Parlamentario Catalán (CiU), con la inclusión de una enmienda consensuada con PSOE y PP, para que el Gobierno impulse el reconocimiento de la especialidad médica de enfermedades infecciosas.

En defensa de la iniciativa parlamentaria, la portavoz de Sanidad, Conxita Tarruella, ha justificado la necesidad de reconocer esta especialidad ante las necesidades de tratamientos de enfermedades infecciosas que han surgido en las últimas décadas como consecuencia, por ejemplo, del aumento de las tasas de infección nosocomial o la aparición de la pandemia de la infección por VIH/SIDA. La parlamentaria de CiU ha señalado que la infectología española está plenamente desarrollada desde los puntos de vista asistencial, docente y de investigación. Sin embargo, puntualiza, carece de reconocimiento oficial.

La portavoz de Sanidad ha recordado que en la actualidad existen 78 unidades, secciones o servicios de infectología en los hospitales de la red pública estatal ubicados en todas las Comunidades Autónomas. Estas unidades, ha añadido, se han ido desarrollando por las necesidades de la población de manera continua, imparable y se han visto propiciadas desde los sistemas sanitarios autonómicos. Pese a ello, solo la Comunidad Valenciana ha establecido regulación de las estructuras asistenciales de las enfermedades infecciosas. En otras comunidades como Catalunya, País Vasco y Andalucía se han convocado plazas de especialistas en medicina interna con perfil de enfermedades infecciosas.

Además, la portavoz de Sanidad de CiU ha indicado que este problema se agrava porque no existe un programa específico de formación, por lo que los médicos que se dedican a la atención de estas patologías han tenido que autoformarse y autoorganizarse.

Ante esta situación, considera que es obligación del Gobierno y de las CCAA, a través de la Comisión de Recursos Humanos de SNS, subsanar la actual anomalía administrativa que sufre España que, junto con Bélgica y Luxemburgo, es el único Estado de Europa carente de la especialidad de enfermedades infecciosas.

En concreto, la Proposición no de Ley de Grupo Parlamentario Catalán (CiU) aprobada establece textualmente lo siguiente:

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que, en la línea de los acuerdos del Consejo Interterritorial del 18 de marzo de 2010, considere dentro del estudio de creación de nuevas especialidades en Ciencias de la Salud, y una vez acordados los cambios en la formación sanitaria especializada que conllevarán la puesta en marcha de la formación troncal y con el consenso de las partes implicadas, la inclusión de la especialidad de enfermedades infecciosas definiendo en su caso el tronco en el que pueda integrarse dicha especialidad.

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa

LA COMUNIDAD DE MADRID DESTINA 100.000 EUROS A ORGANIZACIONES DE PACIENTES CON ELA

- **El objetivo es financiar actividades y proyectos de carácter asistencial dirigidos a los afectados por ELA**
- **La Comunidad cuenta con cinco unidades monográficas para la atención de estos pacientes**

La Comunidad de Madrid ha aprobado la convocatoria para el año 2010 de las subvenciones por importe de 100.000 euros a asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro de la Comunidad de Madrid con destino a la financiación de actividades y proyectos de carácter asistencial dirigidos a los afectados por la Esclerosis Lateral Amiotrófica. La convocatoria de estas subvenciones se publicó en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM) el pasado 12 de mayo. Con esta iniciativa, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pretende consolidar el reconocimiento institucional de la relevancia de dichas organizaciones en la mejora de la calidad asistencial a los afectados por esta enfermedad y el avance hacia criterios de corresponsabilidad mediante acciones basadas en una política que contribuya a la mejora en la asistencia socio-sanitaria a los afectados.

La Esclerosis lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad con unas connotaciones muy específicas tanto desde el punto de vista emocional como desde el familiar y social. Al tratarse de una afección paulatinamente invalidante, necesitan tanto los enfermos como sus familiares y cuidadores, de un acompañamiento en el plano físico así como en el personal y psicológico durante todo su proceso que les ayude en una constante adaptación a la pérdida. La convocatoria de estas subvenciones está dirigida a acciones que deberán desarrollarse en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2009 y hasta el 31 de octubre de 2010. El plazo de presentación de las solicitudes y documentación será de treinta días naturales contados a partir del día siguiente al de publicación de la orden en el BOCM.

Colaboración con las sociedades científicas

Por otro lado, y en el estricto ámbito de la asistencia a los enfermos que padecen esta enfermedad la Comunidad de Madrid ha sido pionera en la creación de 5 Unidades de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) de carácter multidisciplinar en los hospitales públicos Carlos III, 12 de Octubre, Clínico, Gregorio Marañón y La Paz, que funcionan desde marzo de 2006 con el objetivo de mejorar y coordinar los recursos asistenciales y socio sanitarios para estos pacientes. La Consejería de Sanidad contó en su día para desarrollar este proyecto con las sociedades científicas, la asociación de pacientes ADELA y la fundación de investigación FUNDELA. La ELA está considerada como una enfermedad rara en la prevalencia según el Instituto de Salud Carlos III de Madrid. El número de pacientes de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) atendidos en las Unidades de la Comunidad especializadas en esta grave enfermedad rara se ha incrementado el 37 % durante el último año, pasando de 436 pacientes en 2008 a 596 en el año 2009. Este incremento no se relaciona con el aumento de enfermos de esta patología, sino por el éxito en la captación de pacientes por las Unidades Monográficas de Enfermedades Raras, como las cinco dedicadas a la ELA.+ Las Unidades de Esclerosis Lateral Amiotrófica han experimentado, junto al crecimiento en el número de pacientes, un incremento de la cifra de consultas, pasando de las 4.000, por primera vez, durante 2009. Asimismo la red de ELA desarrolla actividades dentro de varias líneas de investigación, entre las que destacan cuatro ensayos clínicos.

**El consejero de Sanidad inauguró ayer miércoles el nuevo Consultorio de Morata de Tajuña****LA COMUNIDAD DE MADRID INAUGURA UN CONSULTORIO EN MORATA DE TAJUÑA QUE ATENDERÁ A MÁS DE 7.200 VECINOS**

- - Sanidad ha puesto en marcha en el Sureste un nuevo hospital y nueve centros de salud desde 2003
- - Con éste ya son 67 los centros de Atención Primaria construidos desde 2003

El consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, acompañado por el alcalde de Morata de Tajuña, Valentín Mariano Franco, y la directora general de Atención Primaria, Patricia Flores, inauguró ayer miércoles el nuevo consultorio local de esta localidad, que dará cobertura sanitaria a 7.283 vecinos del municipio. El nuevo centro ha contado con una inversión de casi 1,2 millones de euros, cuenta con una superficie construida de 1.120 metros, y entre otras prestaciones de mejora, estará dotado con aparato de ecografía, sumándose a la iniciativa puesta en marcha este año por el Servicio Madrileño de Salud de mejorar la capacidad diagnóstica de los Centros de Salud y evitar derivaciones al hospital. La puesta en marcha de este consultorio se enmarca en la política del Gobierno regional de fortalecer la Atención Primaria con la dotación de nuevas infraestructuras que aproximen este nivel asistencial al ciudadano, e incrementar los recursos humanos en su firme compromiso de fortalecer una sanidad pública, gratuita, universal y de la máxima calidad.

El nuevo centro cuenta con dos consultas de Medicina de Familia y tres de Enfermería, dos de Pediatría, una sala de urgencias, así como la unidad administrativa y otras salas asistenciales. En total la plantilla está formada por ocho profesionales: cuatro médicos de familia, dos enfermeras, una pediatra y dos auxiliares administrativos. En total, la Consejería de Sanidad ha invertido en las dos últimas legislaturas 19,2 millones de euros en nuevas infraestructuras sanitarias en Atención Primaria y mejora de instalaciones. A estas infraestructuras, hay que añadir el hospital del Sureste, en Arganda del Rey, desde febrero de 2008, que es el centro hospitalario de referencia de Morata de Tajuña y poblaciones colindantes. En total, se han puesto en marcha nueve dispositivos de Atención Primaria desde el año 2003. Son los centros de salud en Madrid capital Peña Prieta, Ensanche de Vallecas y Numancia, y en las zonas rurales en el Centro de Salud Arganda II, el que se inauguró ayer en Morata, y los consultorios locales de Orusco de Tajuña, Carabaña, Valdilecha y Valdarecete. A estas dotaciones, hay que añadir las obras de ampliación llevadas a cabo en el centro de salud de Ángela Uriarte, ubicado en el sur de Madrid capital. También se ha hecho un importante esfuerzo en materia de recursos humanos, en el sureste de la Comunidad. Así, desde 2003, la plantilla de los centros de salud ha pasado de 1.411 profesionales a una plantilla de 1.568 sanitarios y no sanitarios, que incluyen 575 médicos, 437 enfermeros, 26 fisioterapias, y 19 odontólogos, entre otros.

Un centro de salud cada mes

La zona sureste de la región cuenta con 31 centros de salud y 19 consultorios locales. También, disponen de cuatro Servicios de Atención Rural (Perales de Tajuña, Villarejo de Salvanés, Campo Real y Arganda del Rey) que atienden las urgencias de 163.746 vecinos. El consejero subrayó durante con éste ya son 67 los centros de salud puestos en marcha desde que gobierna Esperanza Aguirre lo que supone que desde 2003 se ha abierto una media aproximada de un centro de salud cada mes. El nuevo centro de Morata de Tajuña ha sido realizado por el Ayuntamiento de esta localidad en el marco del Fondo Estatal de Inversión Local y Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo. Este dispositivo albergará además el Servicio de Atención Rural (SAR), que atenderá a partir del próximo año las urgencias de noches, fines de semana y festivos de esta localidad.

ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD PREMIADAS EN EL CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

- **EL PROYECTO PROMUEVE EL EJERCICIO FÍSICO EN MUJERES OBESAS**

Un proyecto de investigación de enfermeras de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha obtenido el segundo premio a la mejor comunicación en el Congreso Internacional de Enfermería (AENTDE/NANDA I) celebrado durante los días 12 a 14 de mayo en Madrid, en el que se han presentado más de 600 trabajos de investigación de diferentes países.

El trabajo galardonado lleva por título "Valoración de la adherencia al ejercicio físico a través de resultados NOC" y la investigadora principal, Luz María del Rey Moya, enfermera del Centro de Salud Reyes Magos, ha desarrollado este proyecto con un total de 29 enfermeras asistenciales y técnicas que conforman el Grupo de investigadores colaboradores. El ámbito de estudio son ocho centros de Alcalá de Henares, Torrejón de Ardoz y zonas rurales.

Se trata de una iniciativa que desde hace dos años realizan las enfermeras con sus pacientes obesas, mediante la que, a través del fomento del autocuidado y la realización de paseos saludables dirigidos, les inculcan el hábito de realizar ejercicios físicos en su vida diaria.

"Este premio supone un gran reconocimiento a la disciplina enfermera a nivel internacional y esperamos que sirva de motivación para que las profesionales enfermeras de la Comunidad de Madrid continúen participando activamente en la realización de proyectos de investigación", indicó la directora general de Atención Primaria, Patricia Flores.

El trabajo de investigación premiado se enmarca en la línea de investigación de la Dirección General de Atención Primaria para evaluar las intervenciones de educación para la salud en el ámbito comunitario (fomento del autocuidado y ejercicio físico). Además, es poco frecuente realizar estudios en los que se valoren los resultados obtenidos a través de programas de educación para la salud de la comunidad y la medición de los mismos a través de la técnicamente conocida Taxonomía NOC (Clasificación de resultados de enfermería).

Las aportaciones por parte de los profesionales de enfermería de Madrid de atención primaria y hospitalaria ha sido muy amplia, con la presentación 28 comunicaciones orales y de 34 pósters -17 de atención primaria, 16 de hospitales y una del SUMMA 112-.



JORNADA “PRESENTE Y FUTURO DE LOS SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD”

INTERVENCIÓN DEL CONSEJERO DE SANIDAD DE MADRID, JAVIER FERNÁNDEZ – LASQUETTY, SOBRE “MODELOS DE GESTIÓN”



“Consejero de Sanidad de Castilla La Mancha, Fernando Lamata, Viceconsejero de Andalucía, Enrique Cruz; Director General de Rivera Salud, Alberto de Rosa, señoras y señores.

Agradezco muchísimo la invitación de la Fundación Bamberg a esta jornada de hoy. Máxime teniendo en cuenta el hecho de mis escasas semanas al frente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Que hace que en esto la Fundación Bamberg también, como en otras cosas, demuestre una cierta audacia por su parte invitándome. Cosa que les agradezco muy sinceramente. Porque también me permite haber tenido esta oportunidad de contrastar y de conocer mejor planteamientos o ideas sobre problemas comunes por parte de personas que tienen las mismas responsabilidades que yo ahora mismo ostento. Y eso para mí es extraordinariamente enriquecedor. Como seguro que lo es el coloquio si es que tenemos tiempo para él. Y espero que sí. Por lo tanto, felicito por la iniciativa a la Fundación Bamberg. Y le repito mi agradecimiento por haber sido invitado. Y le felicito también a la Fundación Bamberg por lanzar esta reflexión. Que, dados los tiempos que corren, creo que no es nada improcedente.

Otras instituciones han hecho o están haciendo reflexiones parecidas. Yo creo que todas son buenas y todas son convenientes y todas son oportunas. Creo que el documento de trabajo que está manejando la Fundación Bamberg para estos próximos meses es un documento ya en sí valioso. Aunque sea básicamente una enunciación de cuestiones. Y estoy seguro que la reflexión final, allá por el mes de abril, si no están mal los calendarios del 2011,... lo será aún más.

La situación yo creo que anima a ello. Yo creo que la gravedad de la situación es que está a la vista de todos. Lo cual no quiere decir que necesariamente deba tener un impacto. Ni qué magnitud va a tener ese impacto sobre la sanidad. Lo que digo que es que lo evidente es imposible taparlo o hacer como si no existiera.

Y por eso me parece que hacen falta análisis y análisis sin prejuicios. Como yo creo que se han hecho por parte de las dos personas que me han precedido en el uso de la palabra. Yo creo que podemos hacer reformas y se deben hacer reformas sin renunciar a lo principal. Sin renunciar a la universalidad de nuestro sistema, a la calidad, a la garantía pública del sistema sanitario.

Pero para hacer esas reformas, a lo que sí debemos renunciar necesariamente, a lo único que hay que renunciar necesariamente es a los dogmas. A las ideas preconcebidas, a los apriorismos, a los prejuicios. A veces a las frases hechas que le eximen a uno de pensar. Que es una cosa muy cómoda. Y yo desde luego pues por ejemplo he encontrado en las dos intervenciones que me han precedido esa ausencia de apriorismos, esa ausencia de dogmas. Que yo creo que es muy saludable.

No significa eso que debamos de renunciar al debate político. Creo que debe existir debate político básicamente en todo. Y desde luego también en la sanidad. Sustraer toda esa tendencia, todo debería ser objeto de un pacto que lo sustraiga al debate político. Yo creo que no sería bueno. Debe haberlo. Pero sí renunciando a descalificaciones a priori. Y especialmente descalificaciones de modelos de gestión.

Las descalificaciones, digamos, de cuestiones instrumentales. Porque se puede entender perfectamente la discrepancia. Y la discrepancia fundada en ideas previas, anteriores a la discusión sobre cuestiones de principios. Pero no lo entiendo tanto cuando se está refiriendo o existen esas ideas previas sobre la manera de poner en ejecución esos principios. Es decir, sobre lo instrumental. Creo que eso es algo que muchas veces está presente en el debate político español. A veces desde luego, también en el específicamente madrileño. Muchas veces por parte de quienes no tienen ni responsabilidad ni siquiera cercanía más que como pacientes, cuando desgraciadamente no tienen más remedio, de, desde luego, no tiene cercanía a la responsabilidades sanitarias.

En realidad fórmulas parecidas de gestión o que tienen rasgos comunes se pueden ver en diferentes comunidades autónomas, con diferente color político. Lo mismo que en naciones diferentes de Europa con diferente color político. ¿Por qué? Porque los responsables tienen, tenemos responsabilidades que no son declarativas. Que son responsabilidades reales. Que son responsabilidades diarias, ejecutivas. ¿Para qué? Para que la asistencia funcione.

Y en ese sentido creo que es bueno la existencia de debates como el que hoy canaliza la Fundación Bamberg. Desde luego en la gestión que me ha encomendado la Presidenta de la Comunidad de Madrid mi intención es mantener esos principios. Unos principios que además creo que son muy compartidos por todos. Y fijando dos objetivos muy claros. Objetivos generales me refiero, a objetivos específicos ya podríamos descender más.

El primero que los ciudadanos, en su calidad de pacientes cuando llega la ocasión, encuentren siempre calidad y también libertad. No solamente por una cuestión de principio. Sino también porque eso creo que favorece la corresponsabilización y la implicación. Esa idea de participación de los ciudadanos en la salud me parece que es más fácil de sostener o es más fácil de hacer realidad cuando esa participación alcanza al hecho de que uno mismo pueda tomar las decisiones que le afectan a uno mismo.

Y un segundo objetivo al mismo nivel referido principalmente a los médicos, también por supuesto a la enfermería. Pero sobre todo que los médicos tengan un entorno que les ayude a hacer la tarea que ellos quieren hacer. Para la que se sientan vocacionalmente inclinados. Y que no les estorbemos. Sino que al revés se lo hagamos más fácil. Y que encuentren además respeto por parte de las instituciones. Pero respeto también por parte de la sociedad. Que se acreciente el respeto al médico. Que haya un mayor reconocimiento social, un reconocimiento de su talento, de su capacidad. Y eso, en ese sentido, yo creo que mecanismos de libre elección contribuyen sin duda a eso.

Entrando ya en la cuestión que nos reúne en esta mesa redonda de la tarde. Yo creo que todos coincidimos. Lo destacaba Fernando Lamata, al principio de su intervención y no voy a insistir en ello. En las cualidades por las cuales el sistema sanitario español es reconocido. Que yo creo que es compartido por todos. Es decir su prestigio, su calidad, su universalidad.

Sin embargo, nos enfrentamos, o estamos en este momento en un entorno cambiante en el cual, además de las circunstancias generales que afectan a la sociedad, de índole económica.

Específicamente hay circunstancias que también han sido tratadas, seguro, a lo largo de la jornada. Como el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos, mejor información de los pacientes o llegada de nuevos ciudadanos en los años pasados. Que afectan a la práctica asistencial. Y que exigen una mayor eficacia en sus mecanismos de gestión. Y eso en un contexto además de limitación presupuestaria. Y ese entorno es el que nos lleva a una revisión. O que nos ha llevado aquí en Madrid a una revisión o ensayo de nuevos modelos de gestión para aumentar la calidad asistencial. Y hacer un uso eficiente de los recursos.



Y en ese contexto querría enmarcar unas pinceladas sobre algunas iniciativas que hemos desarrollado y seguimos desarrollando en la Comunidad de Madrid. En la idea de contarles algo de nuestra experiencia. ¿Por qué? Porque creo que la incorporación de nuevos modelos de gestión aquí en la Comunidad de Madrid ha significado varias cosas. Pero una de ellas y probablemente la principal ha sido un factor de modernización de primera magnitud. Y un factor de modernización de las formas de gestión (y perdón por la redundancia, pero no es ociosa).

Segundo, una modernización a ojos vista de las infraestructuras. Es decir, de los medios que los profesionales de la sanidad tienen a su alcance. Y que los ciudadanos tienen a su disposición para obtener asistencia sanitaria. Bien en primaria o en especializada. Y en tercer lugar, pero también me parece muy importante, de aprovechamiento e implantación de nuevas tecnologías vinculadas a redes de trabajo. Una cuestión de la que luego hablaré. ¿Todo esto hubiera sido imposible bajo fórmulas clásicas, digamos, de gestión? Pues no me atrevo a decirlo, no lo sé. Probablemente no hubiera sido imposible. Lo que sí sé es que hubiera tardado muchísimo más. Infinitamente más.

Y no sé si además las circunstancias, por ejemplo económicas que existen ahora, hubieran hecho que se hubiera tenido que abandonar a medias. O dejarlo congelado durante una larga temporada. Cosa que afortunadamente no ha sido necesario. Lo cual no quiere decir que las dificultades no nos alcancen a todos. Lo cierto es que en estos 7 años el Gobierno Regional de Madrid ha llevado a cabo la construcción y puesta en funcionamiento de 8 nuevos hospitales. En 3 años, 3 años y medio entre construcción y puesta en servicio. La mayor expansión de la sanidad pública que se ha producido en España. Sobre todo teniendo en cuenta que la media, la media histórica, de construcción de hospitales era de 7 años.

A esos 8 nuevos hospitales hay que sumar los 3 que en este momento están en distintas fases de construcción o de licitación. Esos hospitales han supuesto una inversión de 1000 millones de euros si lo contamos en la primera anualidad de los nuevos hospitales. Y gracias a eso Madrid cuenta hoy con más de 2000 camas en habitaciones individuales, 75 quirófanos, 248 puestos en hospitales de día. Es decir, ¿eso qué ha significado? Que un tercio de la población madrileña haya podido estrenar hospital en los últimos 4 años, o en los últimos 3 años.

Eso necesariamente, y vuelvo a lo de antes, si se quería hacer en unos determinados plazos, obligaba a contar con el sector privado como socio estratégico para la financiación, puesta en marcha y la gestión de determinados servicios. Mediante sistemas de colaboración público-privadas. En 7 de esos hospitales se optó porque el sector privado colaborase con la Administración Pública, la Regional, en la construcción y gestión del inmueble y en los servicios no sanitarios. Reservando a la Comunidad de Madrid la gestión y el personal sanitario de esos 7 hospitales. Mientras que en uno de ellos, al Hospital Infanta Elena de Valdemoro, se optó por una concesión global que incluía los servicios sanitarios.

Debo decir que los resultados (ya hablaré de los resultados en otros planos) en términos de eficiencia están siendo satisfactorios. Llevamos nada más que dos años de implantación. Y dos años —ya me doy yo cuenta en mi inexperiencia—, que dos años en sanidad es como hablar de un minuto. Pero, puede que sea pronto para juzgarlo pero, hasta el momento, en términos de eficiencia de los recursos públicos empleados por los ciudadanos, vía impuestos, creo que los índices son buenos. El coste per cápita está siendo inferior en esos hospitales.

En ese sentido también aprovecho para desmentir algún estudio. Creo que poco riguroso que se ha hecho público hace pocos días. En el cual se comparaba a los hospitales de Madrid en términos de coste por cama. Cosa que no creo que sea una manera muy lógica ya a estas alturas de comparar la eficiencia de los diferentes hospitales. Pero sobre todo, además, en unos se incluían los gastos de construcción y mantenimiento mientras que en los otros no. Y, claro, lo que no se puede es comparar digamos conjuntos visibles de gasto y de eficiencia. La encuesta de satisfacción de hospitales que hacemos todos los años en la Comunidad de Madrid. Cuyos resultados haré públicos la semana que viene, muestran que los madrileños están satisfechos con estos hospitales. Por encima de la media del conjunto de los hospitales madrileños.

Entre otras cosas también es cierto que evidentemente todo es nuevo en los nuevos hospitales como su propio nombre indica. Pero también es cierto que hay tecnología más moderna. Que están ubicados más cerca. Diseñados ya desde el principio para un mayor bienestar, y confort del paciente, habitaciones individuales en todos los casos. Y eso sin duda contribuye, junto a lo importante. Y lo importante es, tanto en los nuevos hospitales como en los hospitales que ya existían en la red madrileña, los magníficos profesionales que todos los días realizan una labor extraordinaria.

De manera que esos 8 hospitales que se abrieron entre la primavera del 2008 y el Puerta de Hierro que fue en septiembre del 2008 han atendido ya 2.800.000 consultas. Que es el 16% de los de la región. Han atendido 106.000 intervenciones quirúrgicas, el 16% del total. Más de 1.200.000 urgencias, el 25%. En ellos han nacido 22.000 bebés que son el 26% del total de nacimientos en la región. En esa idea continuamos en esta legislatura. Y en este momento, teniendo cuenta también el crecimiento demográfico que ha experimentado Madrid. Que tenemos una tasa de natalidad que sigue siendo, afortunadamente, del 1,4. Y en este momento en esta legislatura el desafío es el arranque de 4 nuevos hospitales. De los cuales 3 ya están en diferentes grados en marcha. Ya está en marcha y construyéndose el Hospital de Torrejón de Ardoz (cuya concesión además obtuvo Ribera Salud) —señalando a Alberto de Rosa—. El segundo Hospital de Móstoles y acabamos de abrir la licitación el Hospital de Villalba.

En los tres casos bajo la fórmula de concesiones. Bajo la fórmula, digamos, de Valdemoro, digamos en términos de nuestra región, de las dos fórmulas que usamos en la legislatura pasada. Ahora mismo están arrancando. Y yo creo que los resultados serán buenos. Y desde luego también animo en aras de la competencia que siempre es muy, muy saludable, a quien pueda estar interesado a participar en la licitación del Hospital de Villalba. Que está abierta en estos momentos y cuyos pliegos de condiciones están a disposición de todo el público.

Bien, un último factor de modernización que destacaba antes es la modernización tecnológica y de esquemas de trabajo en red. Que ha supuesto o que hemos puesto en marcha en estos años aprovechando nuevas formas de gestión. Y me refiero, muy brevemente para no pasarme del tiempo, a dos experiencias. Por una parte el anillo radiológico y por otra el laboratorio central.



El anillo radiológico o Unidad Central de Radiodiagnóstico fue puesto en marcha hace prácticamente 2 años. Gestiona los servicios de radiología de 6 hospitales. Conectando on line a los 200 profesionales de los servicios de radiodiagnóstico. Funciona 24 horas al día, 365 días al año. Cuenta con 122 equipos de radiología. Tiene una capacidad para atender 1 millón y medio de peticiones y 20 millones de pruebas al año.

Ha realizado ya 1 millón de pruebas diagnósticas. Y yo creo que está sabiendo cumplir muy bien su papel. Tanto en lo que afecta a la atención especializada como también a la atención primaria que puede recibir los resultados de manera que el paciente...

Es decir, se invierte. En vez de tener que ir el paciente, desplazándose es la imagen la que se desplaza. Una vez que el paciente ya ha sido sometido a la prueba radiodiagnóstica. De tal manera que además permite contar con la experiencia y los conocimientos no solamente de los radiólogos, o de los especialistas del lugar donde se ha hecho o donde es valorada su prueba, sino con todos los de la red. Y eso, sin ninguna duda, añade, yo creo, que ventajas muy importantes.

Eso requiere, por supuesto una fuerte inversión tecnológica para conectar estos hospitales. Ha hecho falta una red de fibra óptica que 550 km. Que tiene un ancho de banda semejante a la conexión de Internet entre Europa y Estados Unidos.

La otra experiencia que hemos puesto en marcha en esta legislatura es el Laboratorio Central. Que agrupa la realización de pruebas analíticas no urgentes de 6 hospitales. Atendiendo una población de más de 1 millón de madrileños.

Lleva 6 meses funcionando. Ha informado 8.100.000 pruebas. La estandarización de procedimientos, el alto grado de dotación tecnológica, facilitan economía de escala. Que repercute en una mayor eficacia de recursos.

De tal manera que el laboratorio tiene capacidad para atender más de 1 millón y medio de peticiones al año. Y cerca de 20 millones de pruebas analíticas.

Y para los médicos del sistema público sanitario supone un avance muy importante el incorporar automáticamente los resultados de la analítica a la historia clínica del paciente accediendo a ella por vía telemática.

Nuestra idea es ir avanzando en otras iniciativas parecidas. Hemos puesto ya en marcha todavía de manera experimental. Pero continuaremos con ella el anillo de imagen cardiológica. Y también en otro orden de cosas, ya no de asistencia, todo lo que significa el centro de atención personalizada. Que permite citar a los ciudadanos para primeras consultas y pruebas diagnósticas derivadas de atención primaria. Y esto es lo que más o menos quería contarles. Y por mi parte nada más que añadir. Yo creo que el soporte de un sistema sanitario de calidad exige que continuemos innovando.

Ensayando mejoras, descartando apriorismos especialmente en lo que se refiere a las herramientas de gestión. Y en ese sentido también, reitero, escuchar las experiencias de otras regiones a mí personalmente y a nosotros nos ayuda. Creo que es muy importante para analizar y tomar nota de las prácticas que funcionan bien. Nada más. Muchísimas gracias.

EL PSOE DE MADRID PIDE DEROGAR LA LEY DE ÁREA ÚNICA PARA EVITAR UN NUEVO CAOS EN EL TRASLADO DE MÉDICOS



El portavoz de Sanidad en el grupo Parlamentario Socialista de la Asamblea de Madrid, Lucas Fernández, presentará hoy jueves en el Pleno una Moción que pide “derogar la Ley de Área Única para asegurar una asistencia sanitaria de calidad y evitar la movilidad forzosa de médicos, enfermeras y demás trabajadores de los centros sanitarios”.

Se trata así de evitar otro caos como el provocado por el traslado del personal de los hospitales tradicionales a los nuevos, traslado que ha sido anulado por los tribunales por haberse realizado de manera ilegal. Esto ha provocado un alto grado de inseguridad en el colectivo profesional afectado, por lo que la Moción pide el cumplimiento de las sentencias “para resolver la opacidad e inseguridad laboral provocada en el proceso”.

Por otra parte, la apertura de los nuevos hospitales ha supuesto la pérdida de 2.800 puestos de trabajo en los hospitales madrileños, según datos presupuestarios de 2008, 2009 y 2010, y consecuentemente, la pérdida de camas y actividad. Por ello, la Moción pide, entre otros aspectos, “incrementar el número de camas para compensar las que se han cerrado a consecuencia de la apertura de los nuevos hospitales”.

TEXTO DE LA MOCIÓN

ANTECEDENTES

La política de recursos humanos de la Consejería de Sanidad ha sufrido, en la presente legislatura, un retroceso en cuanto a participación y acuerdo. Si en el periodo 2003-2007 se firmaron 33 acuerdos de toda índole con las fuerzas sociales, esta legislatura se caracteriza por la ausencia de consenso con los trabajadores; muy al contrario: se plantean medidas impopulares como la jubilación forzosa para anularla diez días después.

En los últimos tres años la ausencia de diálogo y la ruptura de pactos ha sido continua: se imponen medidas organizativas arriesgadas como el área única con el objetivo de conseguir la movilidad de profesionales, en contra de la opinión de prácticamente todas las organizaciones sociales y profesionales, por la pérdida de continuidad asistencial que conlleva y que repercute, directamente, en la calidad de la asistencia.

La prepotencia a la hora de proveer de profesionales a los nuevos hospitales, saltándose toda norma, ha recibido el castigo de los tribunales en todas las sentencias que van dictándose sobre el método de adjudicar los puestos.

La apertura de los nuevos hospitales ha supuesto la pérdida de 2.800 puestos de trabajo en los hospitales madrileños, según los datos presupuestarios 2008, 2009 y 2010 y, consecuentemente, la pérdida de camas y actividad para los hospitales madrileños.

En Atención Primaria no se cubren las plazas manteniéndose un déficit histórico: se interrumpe el cumplimiento de la parte del Plan de Mejora de AP que corresponde a esta legislatura en lo que a nuevas plazas de recursos humanos se refiere. Los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud constituyen, no cabe duda, el mayor activo y por tanto deben ver reconocida su labor con los medios razonablemente disponibles no con medidas y normas arbitrarias que en nada favorecen sus condiciones laborales. Es preciso reconducir la situación hacia un clima de diálogo que permita responder a las necesidades de los trabajadores de la sanidad madrileña.

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a adoptar las siguientes actuaciones:

- 1.- Cumplimiento de las sentencias dictadas hasta el momento en lo que se refiere a la dotación de profesionales de los nuevos hospitales, para resolver la opacidad e inseguridad laboral provocada por el proceso.
- 2.- Derogar la Ley 612009 de Área única para asegurar una asistencia sanitaria de calidad y evitar la movilidad forzosa de médicos, enfermeras y demás trabajadores de los centros sanitarios.
- 3.- Incrementar el número de camas para compensar las que se han cerrado a consecuencia de la apertura de los nuevos hospitales.
- 4 - Elaborar un catálogo de profesionales sanitarios.
- 5 - Establecer y mantener las ratios adecuadas para garantizar la calidad de la asistencia de acuerdo con- las recomendaciones de las organizaciones pertinentes.
- 6 - Garantizar la estabilidad en el empleo resolviendo las OPEs y los concursos de traslado voluntario que se encuentran pendientes.
- 7 - Adoptar el Decálogo de Buen Gobierno de la Organización Médica Colegial para los nombramientos de todos los puestos de responsabilidad en todos los centros sanitarios dependientes de la Consejería de Sanidad.

A través de la plataforma de metagenómica para el estudio del microbioma humano del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP)

La Conselleria de Sanidad de Valencia analiza el ADN de las bacterias para estudiar las enfermedades intestinales y bucales

- **Se abre una nueva vía de investigación para estudiar las bacterias desconocidas que habitan en el ser humano**
- **La tecnología desarrollada por el CSISP permite estudiar simultáneamente el genoma de centenares de bacterias de la boca y del intestino**
- **Cervera: “Con este proyecto nos situamos como centro de referencia internacional en genómica de microorganismos”**
- **Este proyecto supone la creación de 27 puestos de trabajo directos para investigadores y técnicos**

El Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), a través del Área de Genómica y Salud, va a analizar el ADN de las bacterias que se encuentran en diferentes partes del cuerpo humano para estudiar las enfermedades intestinales y bucales. Este estudio se va a realizar a través de la plataforma de metagenómica para el estudio del microbioma humano, un proyecto que ha presentado ayer lunes el conseller de Sanitat, Manuel Cervera. El microbioma humano es el conjunto de bacterias que habitan en diferentes partes del cuerpo humano, desde el intestino a la boca, las vías respiratorias, las vías urinarias y la piel. Cervera ha destacado que “se trata de un trabajo que abre una nueva vía para investigar las bacterias desconocidas que habitan en el cuerpo humano, ya que hasta la fecha las técnicas convencionales que existían no permitían este análisis”. Y para ello se ha creado una plataforma de investigación, que supone la creación de 27 puestos de trabajo directos en el CSISP para investigadores y técnicos, además de una importante inversión en equipamiento, entre las que se incluye la reciente adquisición de un equipo de ultrasecuenciación. De este modo, la tecnología desarrollada por el CSISP permite estudiar simultáneamente el genoma de centenares de bacterias de la boca y del intestino.



Para el conseller de Sanitat, con este proyecto, el CSISP se configura como un centro de referencia internacional en genómica de microorganismos y le permite abordar la secuenciación de bacterias y virus relacionados con los humanos en cuestión de horas, así como realizar estudios metagenómicos de comunidades microbianas.

Estudio comparado en 50 pacientes

De este modo, lo que se pretende con este proyecto es estudiar la microbiota (conjunto de bacterias) intestinal que está vinculada a diferentes enfermedades intestinales; así como la microbiota bucal. Y posteriormente aplicar esta tecnología a otras microbiotas. Para llevarlo a cabo se va a llevar un estudio comparado entre pacientes sanos y pacientes afectados por alguna patología. Por un lado, para el estudio de las bacterias bucales se va a analizar a 50 individuos, a quienes se les va a examinar el genoma de entre 300 y 500 bacterias que habitan en la boca de cada uno de ellos. De este modo lo que se busca es ver si existen variaciones en el ADN de las bacterias de los pacientes que están sanos y de aquellos que están enfermos. Y por otra parte, se va a estudiar la población bacteriana intestinal de otras 50 personas con el objetivo de estudiar enfermedades intestinales como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn.

Fecha de Sentencia: 07/05/2010
RECURSO CASACION
Recurso Núm.: 4819/2008
DERECHOS FUNDAMENTALES
Fallo/Acuerto: Sentencia Desestimatoria
Votación: 24/02/2010
Procedencia: T.S.J.COM.VALENCIANA CON/AD SEC.2
Ponente: Excmo. Sr. D. Nicolás Maurandi Guillén
Secretaría de Sala : Ilmo. Sr. D. Fernando Canillas Carnicero
Escrito por: FGG

**SENTENCIA DEL T. SUPREMO QUE CONFIRMA LA ANULACIÓN
DEL ACUERDO QUE ESTABLECIÓ LA REMUNERACIÓN POR LA
ATENCIÓN CONTINUADA DE LOS MIR EN VALENCIA POR NO
CONTARSE CON EL SINDICATO "SIMAP" EN LA NEGOCIACIÓN**

TRIBUNAL SUPREMO.- SENTENCIA
SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO.- SECCIÓN: SÉPTIMA

Excmos. Sres.:

Presidente: D. Ramón Trillo Torres

Magistrados:

D. Juan José González Rivas

D. Nicolás Maurandi Guillén

D. Pablo Lucas Murillo de la Cueva

D. José Díaz Delgado

En la Villa de Madrid, a siete de Mayo de dos mil diez.

Visto por la Sección Séptima de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, constituida por los señores arriba anotados, el recurso de casación que con el número 4819/2008 ante la misma pende de resolución, interpuesto por la GENERALITAT VALENCIANA, contra la sentencia de 4 de julio de 2008 de la Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (en el recurso núm. 1680/07). Siendo parte recurrida el SINDICATO MÉDICO DE ASISTENCIA PÚBLICA, representado por la Procuradora doña María Luz Albacar Medina; y habiendo intervenido el MINISTERIO FISCAL.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La sentencia recurrida contiene una parte dispositiva que copiada literalmente dice: "FALLAMOS: Que estimando la pretensión subsidiaria de la demanda debemos declarar y declaramos la nulidad del Acuerdo de la Mesa Sectorial del Sanidad de fecha 18-12-2006, por vulnerar el derecho constitucional de libertad sindical, en todo aquello a que se refiere a los MIR, acuerdo que fue suscrito entre la Consellería de Sanidad de la G.V. y los sindicatos CSIF, CC.OO. P.V., CEMSATSE-VC y UGT, sin expresa imposición de costas".

SEGUNDO.- Notificada la anterior sentencia, por la representación de la GENERALITAT VALENCIANA se promovió recurso de casación y la Sala de instancia lo tuvo por preparado y remitió las actuaciones a este Tribunal con emplazamiento de las partes.

TERCERO.- Recibidas las actuaciones, por la representación de la parte recurrente se presentó escrito de interposición del recurso de casación en el que, tras expresar el motivo en que lo apoyaba, se terminaba con este Suplico a la Sala:

"(...) dicte resolución mediante la cual se estime este recurso y revoque la sentencia recurrida".

CUARTO.- La representación del SINDICATO MÉDICO DE ASISTENCIA PÚBLICA, en el trámite de oposición que le fue conferido, pidió la desestimación del recurso de casación y la confirmación de la sentencia recurrida.

QUINTO.- El MINISTERIO FISCAL realizó alegaciones en las que sostenía que procedía dictar sentencia declarando no haber lugar al recurso de casación deducido.

SEXTO.- Concluidas las actuaciones se señaló para votación y fallo del presente recurso la audiencia de 24 de febrero de 2010, pero la deliberación hubo de continuar en fechas correspondientes a señalamientos posteriores debido a la acumulación de asuntos en la Sección.

Siendo Ponente el Excmo. Sr. D. NICOLÁS MAURANDI GUILLÉN, Magistrado de la Sala

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Son datos relevantes para lo que ha de resolverse en la actual casación los siguientes:

1.- El acuerdo suscrito el 18 de diciembre de 2006 entre la Consellería de Sanidad de la Generalitat y las Organizaciones Sindicales con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad, "en materia de condiciones de trabajo del personal interno residente y enfermería en formación y mejora del sistema sanitario mediante la racionalización del sistema de guardias y atención continuada", convino lo siguiente:

"PRIMERO.- Se aprueba la propuesta de Acuerdo del Gobierno Valenciano por el que se incrementan las cuantías del complemento de atención continuada al personal interno residente y enfermería en formación que preste sus servicios en las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad que figura como Anexo I.

SEGUNDO.- Se aprueba la propuesta de Acuerdo de Gobierno Valenciano por el que se crea una comisión de estudio, análisis y valoración del sistema de guardias y atención continuada, así como la implantación de nuevos sistemas de contratación para la prestación de las mismas, que figura como Anexo II".

2.- El Acuerdo de 12 de enero de 2007 del Consell de la Generalitat Valenciana incrementó las cuantías del complemento de atención continuada del personal interno residente y enfermería en formación que presta sus servicios en las Instituciones Sanitarias de la Consellería de Sanidad.

3.- EI SINDICATO MÉDICO DE ASISTENCIA PÚBLICA (SIMAP) no participó en la negociación que finalizó en ese Acuerdo de 18 de diciembre de 2006, y por esta razón promovió, en relación con la actuación seguida por la Generalitat Valenciana, un proceso de tutela de la acción sindical ante el orden jurisdiccional social, que terminó por sentencia de 20 de febrero de 2007 de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana con el siguiente FALLO:

"Declaramos la incompetencia de este orden jurisdiccional social para conocer la controversia suscitada en la demanda rectora de las presentes actuaciones (...) pudiendo acudir las partes ante el Tribunal del orden contencioso-administrativo que sea competente por razón de la materia y territorio".

4.- Posteriormente, ante la Sala de Valencia de este orden contencioso-administrativo se inició el proceso de instancia donde se dictó la sentencia recurrida en la actual casación. Fue iniciado también por el SINDICATO MÉDICO DE ASISTENCIA PÚBLICA (SIMAP), por los trámites del procedimiento especial para la protección de los derechos fundamentales de la persona, y la sentencia recurrida en esta casación estimó el recurso jurisdiccional de SIMAP y declaró la nulidad del Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 18 de diciembre de 2006 "por vulnerar el derecho constitucional de libertad sindical, en todo aquello que se refiera a los Mir".

5.- Los hechos y las ideas principales con que justifica su pronunciamiento esa sentencia que es objeto de la actual casación se pueden resumir en lo siguiente. Parte de la premisa de que la naturaleza jurídica del vínculo de servicios que vincula a los Mir con la Administración no es estatutaria ni funcionarial sino de carácter laboral y, a partir de la misma, concluye que la negociación de los derechos que afectan al personal laboral, en lo que se refiere al ámbito y contenido de la libertad sindical, difiere de la que corresponde a los representantes de los funcionarios. Afirma que en el proceso de negociación destinado al expresado personal laboral Mir fue excluido el sindicato SIMAP, a pesar de ostentar la condición de sindicato más representativo en los comités de empresa. Y recuerda que la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha declarado que el derecho a la libertad sindical comprende el derecho a la negociación colectiva de los sindicatos.

SEGUNDO.- El actual recurso de casación lo ha interpuesto la GENERALITAT VALENCIANA y lo apoya en un único motivo, amparado en el apartado d) del artículo 88.1 de la Ley jurisdiccional -LJCA- de 1998.

Su enunciado inicial no hace referencia a ningún precepto concreto y se limita a invocar la genérica fórmula legal de "Infracción de las normas del ordenamiento jurídico o de la jurisprudencia que fueran aplicables para resolver las cuestiones objeto de debate", pero el posterior desarrollo argumental del recurso pone de manifiesto que la censura casacional dirigida a la sentencia recurrida está referida a la aplicación e interpretación que en ella se hace del artículo 28.1 de la Constitución. Ese desarrollo se lleva a cabo en tres apartados de consideraciones, cuya esencia se puede resumir en lo que se expresa a continuación.

En el primer grupo de consideraciones se afirma que el polémico Acuerdo de 18 de diciembre de 2006 no fue adoptado dentro del ámbito de los Comités de Empresa, sino que lo fue por el órgano de representación del personal al servicio de la Administración Pública con relación de carácter administrativo o estatutario. Se señala también que se procedió de esa manera en virtud de lo dispuesto en la Ley 9/1987, de 12 de junio (de los Órganos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas), y versó sobre las materias que, de acuerdo con lo establecido en este texto legal, deben ser objeto de negociación en la Mesa Sectorial correspondiente.

Se dice así mismo que lo anterior resulta avalado por esa declaración de incompetencia que hizo la jurisdicción social. Y se termina invocando la jurisprudencia que ha señalado que el proceso jurisdiccional para la protección de los derechos fundamentales de la persona queda limitado a los actos de la Administración Pública que afecten al ejercicio de los derechos fundamentales pero no puede extenderse a cualquier otra cuestión que esté referida a la legalidad ordinaria del acto o disposición impugnados; como también la doctrina del Tribunal Constitucional que, sobre el contenido del derecho de libertad sindical, ha sostenido que no es suficiente la mera alegación de la vulneración constitucional y es al demandante a quien le corresponde aportar un indicio razonable de la lesión que pueda haberse producido.

En el segundo grupo de consideraciones se justifica la exclusión de SIMAP en la Mesa Sectorial de Sanidad porque en ella no ostenta ninguna representación. Se dice, así mismo, que el Acuerdo del Consell publicado en el DOGV de 16 de enero de 2006 es un Acuerdo de carácter administrativo claramente para el personal interno residente y, por versar sobre materia retributiva, tiene que ser negociado en la Mesa Sectorial de Sanidad de conformidad con lo previsto en la antes citada Ley 9/1987.

Añade que la actuación del Consell está amparada legalmente porque se apoya en la Ley 11/2000 de la Comunidad Valenciana, que habilita legalmente al Gobierno Valenciano para modificar las retribuciones de todo el personal al servicio de las instituciones sanitarias. Y termina subrayando que, si bien no se puede negar el carácter laboral de la relación que une al personal interno residente con la Conselleria de Sanidad, debe tenerse en cuenta que esa relación laboral tiene un marcado carácter especial y un régimen jurídico altamente singular y específico determinado por el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre.

El tercer grupo de consideraciones defiende que la negociación dentro de la Mesa Sectorial de Sanidad del polémico Acuerdo de 18 de diciembre de 2006 responde a esta razón jurídica: la habilitación legal expresa a la Administración para modificar las condiciones retributivas del personal interno residente que se contiene en la antes mencionada Ley autonómica 11/2000. Y se cita la doctrina de la sentencia 164/1993 del Tribunal Constitucional, en lo que declara que no toda reducción de las posibilidades de obrar de un sindicato puede calificarse de atentado a la libertad sindical, sino que es preciso que esas presuntas restricciones sean arbitrarias, injustificadas o contrarias a la Ley.

TERCERO.- La vulneración del derecho fundamental de libertad sindical reconocido en el artículo 28.1 CE, en su manifestación del derecho a participar en la negociación colectiva, ha sido correctamente apreciada por la sentencia recurrida y no es de compartir la indebida aplicación e interpretación de ese precepto constitucional que viene a preconizar en su recurso de casación la GENERALITAT VALENCIANA.

En apoyo de la conclusión que acaba de avanzarse, debe comenzarse afirmando que la reseña de la sentencia recurrida y del recurso de casación que antes se ha hecho pone de manifiesto lo siguiente: que la idea central con que la sentencia de instancia justifica esa vulneración constitucional que declara parte de la naturaleza laboral que corresponde al vínculo de servicios del personal interno residente y a la condición de sindicato más representativo que, en relación con dicho personal, corresponde a SIMAP; y que el argumento principal del recurso de casación para combatir esa vulneración del artículo 28.1 CE consiste en sostener que, por haberse llevado a cabo la negociación en una de las Mesas reguladas en la Ley 9/1987, fue justificada la exclusión de SIMAP.

Pues bien, a partir de lo que antecede, ya debe decirse que la vulneración constitucional aquí cuestionada es justificada porque, siendo laboral el personal interno residente, fue indebida la utilización que para la regulación de sus condiciones retributivas se hizo de la negociación colectiva desarrollada por los órganos de representación regulados en la tan repetida Ley 9/1987; y lo fue porque, con esa utilización de un específico mecanismo de negociación colectiva previsto únicamente para el personal funcional, se obvió la estructura de la negociación colectiva laboral que resultaba procedente para dicho personal interno residente y, de esta manera, se privó a SIMAP de poder participar en esta otra clase de negociación colectiva laboral (no funcional) para la que sí tendría legitimación.

No puede ser obstáculo a lo anterior esa habilitación legal de Administración para regular las condiciones retributivas que ha sido invocada, pues eso supone efectivamente el reconocimiento de una potestad administrativa pero que debe ser cohonestada con las normas que rigen la negociación colectiva. Normas que se traducen en lo siguiente: que si se opta por ejercer esa potestad administrativa de manera negociada, la estructura y el ámbito de dicha negociación habrá de observar las diferentes normas que están establecidas según se trate de negociación colectiva sobre personal funcional o de negociación colectiva sobre personal laboral.

CUARTO.- Procede, de conformidad con todo lo antes razonado, declarar no haber lugar al recurso de casación, y con imposición de las costas a la parte recurrente por no concurrir circunstancias que justifiquen su no imposición (artículo 139.2 de la LJCA).

Pero la Sala, haciendo uso de la facultad reconocida en el apartado 3 de ese artículo 139 de la LJCA, señala como cifra máxima a que asciende la imposición de costas por honorarios de abogado la de 1.500 euros, sin perjuicio del derecho a reclamar del cliente los que resulten procedentes. Para la fijación de la expresada cantidad se tienen en cuenta los criterios seguidos habitualmente por esta Sala en atención a las circunstancias del asunto y que se trata de un recurso no sencillo pero que no ha exigido una especial dedicación para la formulación de la oposición.

FALLAMOS

1.- No haber lugar al recurso de casación interpuesto por la GENERALITAT VALENCIANA contra la sentencia de 4 de julio de 2008 de la Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (en el recurso núm. 1680/07).

2.- Imponer a la parte recurrente las costas correspondientes a este recurso de casación, con la limitación que se expresa en el último fundamento de derecho de esta sentencia.

Así por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado Ponente de la misma, estando celebrando audiencia pública la Sala Tercera del Tribunal, el mismo día de su fecha, lo que certifico.

EL CONSELLER DE SANITAT, MANUEL CERVERA, INAUGURA LA I JORNADA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNITAT

El conseller de Sanitat, Manuel Cervera, inaugura la I Jornada de Salud Mental de la Comunitat, en la que presentará las novedades de la cartera de servicios sanitarios en este ámbito.

- **Jueves, 20 de mayo**
- **12:00 horas**
- **Salón de actos de la conselleria de Sanitat. C/ Micer Mascó 31-33. Valencia**



CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

ELENA JUÁREZ ENTREGA LOS CERTIFICADOS ISO 9001 A SIETE SERVICIOS DEL HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS

La directora general de Atención al Paciente hará entrega de los certificados del sistema de gestión de la calidad UNE-EN ISO 9001:2008 obtenidos por siete servicios del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Esta certificación confirma la implantación y seguimiento de un sistema de gestión de la calidad en los servicios de Psiquiatría (consultas y hospitalización) Nefrología (Diálisis) Farmacia, Cocina, Biblioteca, Formación Continuada y Atención al Paciente.

HORA: 10.00

Lugar: Salón de Actos del Hospital Príncipe de Asturias

Dirección: Carretera Alcalá-Meco s/n

Municipio: Alcalá de Henares (MADRID)

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



JOSE IGNACIO NIETO INAUGURARÁ HOY EN LOGROÑO EL V CONGRESO NACIONAL SOBRE PATOLOGÍA VASCULAR

El Consejero de Salud, José Ignacio Nieto, inaugurará hoy el V Congreso Interdisciplinario Nacional sobre Patología Vasculuar "Toma de decisiones en Angiología y Cirugía Vasculuar", en el que participan 150 especialistas de 22 hospitales españoles. El acto tendrá lugar a las 11.00' horas en el Salón de Actos del Hospital San Pedro.

EL CONSEJERO DE SALUD ASISTE AL ACTO DE RECEPCIÓN DE LOS 52 MIR Y MATRONAS QUE SE VAN A FORMAR EN LA RIOJA

- **También despide a los 47 profesionales que han finalizado su período de formación**

El Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, José Ignacio Nieto, acompañado por el Director General de Recursos Humanos, Javier Aparicio, y por la gerente del Área de Salud, María Luz de los Mártires, ha asistido, en el salón de actos del Hospital San Pedro, al acto de recepción a los residentes (médicos, biólogos, farmacéuticos, químicos y matronas) que comienzan su periodo de formación así como de despedida a los residentes que han concluido su periodo de formación en los centros del Servicio Riojano de Salud. En el acto han participado un total de 52 médicos y enfermeras que comienzan ahora su periodo de formación; de ellos:

-48 MIR

20 de Medicina Familiar y Comunitaria,
26 residentes de Especialidades médico quirúrgicas hospitalarias
2 de la especialidad de Medicina del Trabajo

-4 Enfermeras de la especialidad Obstetrico-Ginecológica (matronas).

También asistirán los 47 residentes, entre médicos y matronas, que finalizan su período de formación en la sanidad Pública Riojana; de ellos:

-43 MIR

22 de Especialidades médico quirúrgicas hospitalarias
20 de Medicina de Familia y Comunitaria
1 especialista en Medicina del Trabajo

-4 Enfermeras de la especialidad Obstetrico-Ginecológica (matronas)

Para el curso 2010-2011 realizarán su período de formación en los hospitales y centros del Servicio Riojano de Salud un total de 154 residentes: 45 de Medicina Familiar y Comunitaria; 97 de especialidades médico quirúrgicas hospitalarias; 8 enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) y 4 de Medicina del Trabajo.

Respecto a las novedades, se ha incorporado un residente en la recién creada Unidad Docente de Anestesia y Reanimación y ha acreditado para el curso 2010-2011 dos nuevas especialidades MIR: Medicina Nuclear y Oncología Radioterápica. El período de formación es de 4 o/y 5 años. Los residentes rotan por los diferentes servicios hospitalarios y también se prevé que lo hagan por los centros de salud para favorecer la interrelación de la asistencia primaria y la especializada.

En cuanto a la formación MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, este año se ha acreditado para la docencia el centro de salud de Cascajos, con 6 tutores y el centro de salud de Navarrete, éste último para la realización de guardias y rotaciones rurales. Los profesionales realizan formación intrahospitalaria (2 años) y en los centros de salud (2 años).

Por otra parte, el período de formación de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) es de 2 años, y consta de una formación teórica de 600 horas anuales en materias materno infantil (educación para la salud, ética y legislación, investigación); 1.250 horas anuales de rotaciones por los servicios de ginecología-obstetricia y neonatología de Atención Primaria y Especializada y 240 horas de atención continuada.

El programa formativo de la especialidad de Medicina del Trabajo es de 4 años y está organizado en tres etapas formativas:

La 1ª es de formación teórica de 6 meses de duración durante los que el residente realiza el "Curso Superior de Medicina del Trabajo" en la Escuela N. de M. del Trabajo del Instituto Carlos III (Madrid). La 2ª etapa es de formación clínica: 20 meses, durante los cuales rotan por los diferentes servicios médicos y quirúrgicos del Hospital San Pedro y tres meses en un Centro de Salud. La 3ª etapa es de formación práctica en Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (22 meses), rotando también en esta etapa por la Inspección Médica, Equipo de Valoración de Incapacidades y por el IRSAL

Curso 2010-2011.- Total Residentes 154

Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria:

Residentes de 1º 20
 Residentes de 2º 7
 Residentes de 3º 8
 Residentes de 4º 10

TOTAL: 45 residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

Residentes de especialidades

Residentes de 1º: 26
 Residentes de 2º: 24
 Residentes de 3º: 21
 Residentes de 4º 21
 Residentes de 5º: 5

TOTAL: 97 residentes de Especialidades médico quirúrgicas hospitalarias

Residentes de Medicina del Trabajo

Residentes de 1º: 2
 Residentes de 2º: 1
 Residentes de 3º: 1
 Residentes de 4º: -

TOTAL: 4 Residentes de Medicina del Trabajo

Matronas

Residentes de 1º: 4.- Residentes de 2º: 4.- **TOTAL: 8 matronas**

Desglose de residentes por especialidades

Curso 2010/2011

SERVICIO	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	TOTAL
ALERGOLOGÍA	1	1	--	1	--	3
ANÁLISIS CLÍNICOS	2	2	2	2	--	8
ANESTESIA REANIMACIÓN	1	--	--	--	--	1
CIRUGÍA	2	2	2	2	2	10
DIGESTIVO	1	1	1	1	--	4
FARMACIA	2	2	2	2	--	8
GINECOLOGÍA	2	2	2	2	--	8
HEMATOLOGÍA	1	1	1	1	--	4
MEDICINA INTENSIVA	1	1	1	1	1	5
MEDICINA INTERNA	2	1	2	2	1	8
NEFROLOGÍA	1	1	--	--	--	2

NEUMOLOGÍA	1	1	1	--	--	3
NEUROLOGÍA	1	1	--	1	--	4
O.R.L.	1	1	1	1	--	4
OFTALMOLOGÍA	1	1	1	1	--	4
PEDIATRÍA	2	2	2	2	--	8
PSIQUIATRÍA	1	1	1	--	--	3
RADIOLOGÍA	1	1	1	1	--	4
TRAUMATOLOGÍA	1	1	1	1	1	5
UROLOGÍA	1	1	--	--	--	1
TOTALES	26	24	21	21	5	97

RESIDENTES DE ESPECIALIDADES TOTALES: 97

EVOLUCION ULTIMOS AÑOS

UNIDAD DOCENTE HOSPITALARIA

Fecha de Creación: Desde el Inicio Sistema M.I.R.

	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Nº TOTAL RESIDENTES	97	95	80	69	59	53	48
Nº R. QUE HAN TERMINADO	22	17	14	9	12	12	9

Nota: Se ha incorporado un residente en la recién creada Unidad Docente de Anestesia y Reanimación.

UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIA Y COMUNITARIA

Fecha de Creación: Año 1986

	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Nº TOTAL RESIDENTES	45	49	48	46	51	55	56
Nº R. QUE HAN TERMINADO	20	10*	---	16	20	18	18

* Primera promoción de 4 años. Novedad

UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DEL TRABAJO

Fecha de Creación: Año 2006

	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Nº TOTAL RESIDENTES	4	4	4	4	2	---	---
Nº R. QUE HAN TERMINADO	1	1*	---	---	---	---	---

* Primera promoción

UNIDAD DOCENTE OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA: MATRONAS

Fecha de Creación: Año 2003

	2010	2008	2007	2006	2005	2004
Nº TOTAL RESIDENTES	8	8	8	8	7	5
Nº R. QUE HAN TERMINADO	4	4	4	3	1	---

Ya se han dictado siete sentencias que condenan a los agresores a penas de prisión por un delito de atentado

EL PLAN DE SANIDAD FRENTE A LAS AGRESIONES AL PERSONAL PERMITE REDUCIR UN 22% LOS INCIDENTES EN 2009

El consejero de Sanidad, Francisco Javier Álvarez Guisasola, ha presentado el balance del plan integral frente a las agresiones al personal de las instituciones sanitarias de Castilla y León, firmado en 2008 y puesto en marcha en 2009 y cuyas actuaciones, que han supuesto hasta el momento una inversión de 8,1 millones de euros, han conseguido reducir dichos incidentes un 22% en 2009. Álvarez Guisasola, que ha presidido la segunda reunión del Observatorio de Agresiones al Personal de las Instituciones Sanitarias de Castilla y León, ha explicado que en los últimos seis meses del año pasado se contabilizaron 148 incidentes, frente a los 190 registrados en el primer semestre. Se ha producido también un descenso porcentual en el número de trabajadores agredidos (-15%, al pasar de 221 a 187) y en el de agresiones (-13%, de 300 a 260).

El 86% de los incidentes registrados han sido provocados por un único autor, el 69% son hombres y el 52% se producen en Atención Especializada, el 46% en Primaria y un 2% en Emergencias. A lo largo de 2009 hay que sumar por tanto 338 incidentes, con 408 trabajadores agredidos (144 facultativos, 205 personal de Enfermería y 59 otros). En cuanto a las agresiones (560 registradas), un 61% son verbales, un 21% físicas y un 18% psicológicas, aunque lo más significativo es que del total de agresiones físicas (116), nada menos que 62 se produjeron en servicios de Psiquiatría. La Gerencia Regional de Salud cuenta con un **seguro de defensa jurídica gratuito (teléfono 902-197781)** para los trabajadores afectados y además remite a la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León las denuncias presentadas para que inste su calificación como delito de atentado, lo que ha permitido contabilizar hasta el momento **53 sentencias condenatorias** (de un total de 63), de las cuales siete conllevan penas de prisión. Como se sabe, el proyecto de Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, que se encuentra en trámite parlamentario para su aprobación, prevé **sanciones administrativas desde 300 hasta 600.000 euros** contra las agresiones al personal de las instituciones sanitarias.

LUGARES CONFLICTIVOS

Una vez completado el análisis y estudio del riesgo de incidentes en todos los centros de SACYL, se va a definir -a través del Observatorio Regional de Agresiones- una nueva relación de lugares conflictivos, ya que en 10 de los 45 incluidos en la primera relación no se ha registrado ningún problema, y en otros 17 sólo ha habido uno y de carácter leve. Además, los 11 servicios de Prevención de la Gerencia Regional de Salud investigan todas las agresiones producidas, consideradas como accidentes laborales, y proponen medidas preventivas, a la vez que los comités de Seguridad y Salud de cada área y los delegados de prevención son informados de dichas medidas y pueden plantear otras.

Este año se va a continuar con la **implantación de medidas de seguridad**, tanto pasivas -pulsadores antipánico, videocámaras- como activas -vigilantes de seguridad-, para lo cual hay prevista una dotación de otros 200.000 euros. Hasta la fecha se han instalado dispositivos de alarma en 120 centros de salud y videocámaras en 45 (en función de las necesidades detectadas), mientras que todos los hospitales y 18 centros de Atención Primaria cuentan con vigilancia de seguridad. Estas medidas se llevan a cabo principalmente en una serie de centros de salud con mayor incidencia de agresiones y en los servicios hospitalarios de Urgencias y Salud Mental. Desde la firma del pacto contra las agresiones en febrero de 2008 se han llevado a cabo **336 cursos de prevención** de agresiones, en los que han participado 8.190 trabajadores.

Hay que recordar también la **campaña de concienciación** y sensibilización, que bajo el lema "**Espacio de salud, espacio de respeto**" ha supuesto una inversión de 900.000 euros con el objetivo de generar un clima de confianza, respeto y seguridad en las relaciones profesional-usuario. Por último se han llevado a cabo una serie de actuaciones para saber lo que hacer después de una agresión, como son:

1. Elaboración de un díptico con la siguiente información:

- Consejos generales de actuación
- Actuación en situación de violencia controlada (sin ataque físico)
 - Actuación en situación de violencia incontrolada
 - Pasos a seguir con posterioridad a la agresión.

2. **Se han repartido 55.000 dípticos** a todos los trabajadores, y además se encuentra disponible en el Portal Salud Castilla y León (www.salud.jcyl.es) y en la intranet de las instituciones sanitarias de SACYL.

3. El protocolo de actuación ante una agresión ha sido enviado a **23.330 cuentas de correo electrónico** de la Gerencia Regional de Salud.

4. **Charlas informativas** en todas las Áreas de Salud.

Hay que sumar las medidas organizativas que se están incorporando de manera progresiva, como por ejemplo el personal destinado a información y acogida de pacientes, el triaje o la creación de unidades específicas de atención al usuario.

Incidentes registrados durante el año 2009 en cada área de salud:

	Nº incidentes registrados	Nº trabajadores agredidos
ÁVILA	25	28
BURGOS	47	69
LEÓN	63	73
PONFERRADA	6	6
PALENCIA	20	23
SALAMANCA	38	50
SEGOVIA	22	25
SORIA	12	13
VALLADOLID ESTE	47	54
VALLADOLID-OESTE	28	33
ZAMORA	24	26
EMERGENCIAS	6	8
TOTAL	338	408

PROPUESTA DE PUNTOS CONFLICTIVOS

- **Atención Especializada:** En todos los hospitales donde existan servicios de **Urgencias**, servicios de **Psiquiatría** o **módulos penitenciarios** .
- **Emergencias Sanitarias:** Todas las **UME** .
- **Atención Primaria:** Se consideran todos los centros (48) en los que concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Se haya producido **más de un incidente**.
- Haya sido agredido **más de un trabajador**.
- Se haya producido alguna **agresión física**.

En negrita se indican los centros que ya eran considerados como puntos críticos en el pacto firmado en 2008 entre la Consejería de Sanidad y los sindicatos:

ÁREA DE SALUD	CENTRO
Ávila	C.S. ARENAS DE SAN PEDRO
Ávila	C.S. LANZAHITA
Burgos	C.S. ARANDA SUR
Burgos	C.S. GAMONAL I - ANTIGUA
Burgos	C.S. LOS COMUNEROS
Burgos	C.S. MIRANDA ESTE
Burgos	C.S. BRIVIESCA
Burgos	C.S. MIRANDA OESTE
El Bierzo	C.S. BEMBIBRE
El Bierzo	C.S. BIERZO - PONFERRADA II
El Bierzo	CONSULTORIO TREMOR DE ARRIBA
León	C.S. ARMUNIA
León	C.S. ASTORGA I
León	C.S. CONDESA - LEÓN III
León	C.S. CUENCA DEL BERNESGA
León	C.S. JOSÉ AGUADO I - LEÓN V
León	C.S. LA PALOMERA - NOCEDO II
Palencia	C.S. GUARDO
Palencia	C.S. LA PUEBLA
Palencia	C.S. PINTOR OLIVA
Salamanca	C.S. CIUDAD RODRIGO
Salamanca	C.S. ELENA GINEL DÍEZ - TEJARES
Salamanca	C.S. GARRIDO NORTE
Salamanca	C.S. LA ALAMEDILLA
Salamanca	C.S. PEÑARANDA DE BRACAMONTE
Salamanca	C.S. SAN JOSÉ - CASTRO PRIETO
Salamanca	C.S. SANCTI SPIRITUS CANALEJAS
Salamanca	CONSULTORIO CAÑIZAL
Segovia	C.S. SEGOVIA III
Segovia	CONSULTORIO BOCEGUILLAS
Segovia	C.S. SACRAMENIA
Segovia	CONSULTORIO MARAZOLEJA
Va-Este	C.S. BARRIO DE ESPAÑA
Va-Este	C.S. CANTERAC
Va-Este	C.S. CIRCUNVALACIÓN
Va-Este	C.S. PEÑAFIEL
Va-Este	C.S. PILARICA
Va-Este	C.S. RONDILLA I
Va-Este	C.S. VALLADOLID RURAL I RENEDO
Va-Este	PAC PILARICA
Va-Oeste	C.S. ARTURO EYRIES
Va-Oeste	C.S. DELICIAS II
Va-Oeste	C.S. HUERTA DEL REY
Va-Oeste	C.S. LAGUNA DE DUERO
Va-Oeste	C.S. P. ALAMEDA - COVARESA
Va-Oeste	C.S. PLAZA DEL EJÉRCITO
Va-Oeste	C.S. TORDESILLAS
Zamora	C.S. TORO



Redunda en una mayor calidad asistencial con respecto a otros modelos sanitarios

FERNANDO LAMATA INSTA A DEFENDER SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS DE COBERTURA UNIVERSAL COMO EL ESPAÑOL

- El consejero de Salud y Bienestar Social ha presidido el acto de despedida de la V promoción de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica del Complejo Hospitalario de Toledo y la bienvenida a la séptima promoción



El consejero de Salud y Bienestar Social, Fernando Lamata, ha instado a los profesionales sanitarios como a los ciudadanos a defender sistemas sanitarios públicos de cobertura universal como el que existe en España porque redunda en una mayor calidad asistencial y en unos mejores indicadores de salud con respecto a otros modelos en el ámbito de la sanidad.

Lamata ha hecho estas declaraciones poco antes de presidir en el salón de actos del Hospital Virgen de la Salud, de Toledo, el acto de despedida de la V promoción de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica del Complejo Hospitalario de Toledo, dependiente del Gobierno de Castilla-La Mancha, y la bienvenida a la séptima promoción.

En su intervención, el consejero ha comparado la evolución de la mortalidad materna en España y Estados Unidos, que tiene una cobertura pública en torno al 40 por ciento. Si en 1960, la tasa era de 60 fallecimientos por cada 100.000 niños nacidos vivos en territorio español y de 37 en el país estadounidense, en 2005, último dato estadístico comparable, era de 3,9 en España y de 15 en Estados Unidos, cuatro veces más.

Ese dato refleja la eficiencia de un sistema público sanitario como el español que frente al de Estados Unidos garantiza el acceso de todos los ciudadanos, independientemente de su residencia, de su condición social o de su renta, a las tecnologías, medicamentos y técnicas que requieran en cada momento.

“Ese es el gran logro de la sanidad española, de la que Castilla-La Mancha forma parte”, ha asegurado el consejero.

Lamata ha estado acompañado en el acto por el gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Ramón Gálvez; el presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería, Roberto Martín; y los gerentes del Complejo Hospitalario de Toledo y de Atención Primaria del Área Sanitaria de Toledo, José Eugenio García Díaz y Francisco Fernández Páez, respectivamente, así como los directores de Enfermería del Complejo y de Atención Primaria, M^a Luisa Teijeira y Javier Carrasco respectivamente, y el delegado provincial de Salud y Bienestar Social, Víctor Gómez.

Durante el desarrollo de la jornada, que se inició con la conferencia de la presidenta de la Asociación Nacional de Matronas, Ángeles Rodríguez, se presentaron dos comunicaciones elaboradas por matronas, que versaron sobre la importancia de un programa de educación sexual desde la adolescencia y los protocolos de atención al parto natural del servicio escocés de salud.

Diez matronas

La Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica de Toledo está integrada por la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Toledo, cinco Centros de Salud del Área Sanitaria de Toledo –Santa María de Benquerencia, Palomarejos, Buenavista, Fuensalida, Illescas y Consuegra--, tres Centros de Salud del Área de Talavera – Talavera Centro, La Estación y La Algodonera—y el Complejo Hospitalario de Toledo.

Este año han finalizado su periodo de formación 10 matronas –8 mujeres y 2 hombres-, mientras que otras tantas han comenzado su residencia dentro de la séptima promoción. Desde el año 2004, en el que se concedió acreditación para la formación de matronas en el Área Sanitaria de Toledo, en esta Unidad Docente han terminado su formación 60 matronas.

El periodo de formación de las matronas se prolonga durante dos años, tiempo durante el cual las alumnas (EIR) disponen de un contrato laboral similar al que tienen los Médicos Internos Residentes (MIR).

El programa formativo se encarga de proporcionar a las residentes las habilidades y actitudes necesarias para que puedan ofrecer una atención global a la mujer, al recién nacido, a la familia y a la comunidad, promocionando la salud y previniendo los problemas que puedan surgir.

Las enseñanzas se distribuyen en dos años con materias tanto teóricas como prácticas, con especial hincapié en el contacto directo con la mujer y el bebé. El profesorado de la Unidad está formado por matronas, tanto de Atención Primaria como de Especializada, tocólogos, anestesistas, pediatras y trabajador social.

Desde que el Gobierno de Castilla-La Mancha asumió las competencias sanitarias en el año 20020 ha incrementado en más de un 65 por ciento la plantilla de matronas de los centros sanitarios de la región, pasando de 149 matronas a 247.

EL CONSEJERO DE SALUD DE ASTURIAS ANUNCIA LA PUESTA EN MARCHA DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN EL ÁREA SANITARIA I, CON CABECERA EN EL HOSPITAL DE JARRIO

- El proyecto ofrece más seguridad en la prescripción y permite que los pacientes, sobre todo los crónicos, puedan obtener los fármacos prescritos directamente en las farmacias sin necesidad de volver a acudir al médico.
- Ramón Quirós destaca que el área con cabecera en Jarrío es un ejemplo de lo que debe ser un área de Salud en Asturias: un área integrada, con profesionales altamente cualificados, dotados de los últimos avances tecnológicos y abierta a la comunidad.
- El titular de Salud asegura que esta área es pionera en Asturias y ha dado un salto espectacular en actividad, estructura y calidad.



El Consejero de Salud y Servicios Sanitarios, Ramón Quirós, anunció que el área de Salud I, con cabecera en Jarrío, será pionera en Asturias para la puesta en marcha el proyecto de tarjeta electrónica, un sistema que ofrece más seguridad en la prescripción farmacológica y que además permite que los pacientes, especialmente los enfermos crónicos, puedan obtener los fármacos prescritos directamente en las oficinas de farmacia, sin necesidad de acudir de nuevo al médico. Este sistema permite además reducir parte de la carga administrativa de las consultas de primaria.

Ramón Quirós aseguró que el proyecto comenzará en el Área I, en la zona occidental de Asturias, precisamente por tratarse del área de salud que está más avanzada en la implantación de las nuevas tecnologías de información y comunicación y en la que la integración entre los niveles asistenciales de atención primaria y atención especializada está ya plenamente conseguida.

El Consejero de Salud hizo este anuncio al término de la visita realizó a diferentes dispositivos asistenciales del Área I y que le ha servido para constatar “el alto grado de implicación de los profesionales y de los directivos que ha permitido que esta área sanitaria haya dado un salto espectacular tanto en volumen de actividad como en calidad”.

El titular de Salud estuvo acompañado, ente otras personas, por el Director General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios, José Ramón Riera, por el Director General de Planificación y Evaluación, Joaquín Arcadio Fernández, por el Subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Ricardo Arbizu; y por el Gerente del Área, Ricardo de Dios.

En el área I, que presta atención sanitaria a 50.454 pacientes del occidente de Asturias y con un alto grado de dispersión de la población, son ya una realidad la historia clínica digital, la radiología digital, la incorporación de un módulo de prescripción de farmacia directamente operativo, o la descentralización de pruebas y tratamientos, lo que permite reducir de forma notable el desplazamiento al hospital de pacientes ancianos, con el consiguiente ahorro en tiempo y dinero.

Están descentralizados ya, por citar algunos ejemplos, el control de la anticoagulación oral, la sustitución de la sonda PEG, la realización del test del aliento o la realización de los fondos de ojo en personas también diabéticas que necesitan hacer un control periódico por el oftalmólogo y que en esta zona del occidente de Asturias ya es posible hacerlo en centros de salud como el de Vegadeo a través de un proyecto de telemedicina.

Ese proyecto de teleoftalmología que arrancó el pasado mes de febrero ha despertado un interés notable por parte de otros países y ha permitido el seguimiento de medio centenar de pacientes que son controlados en su centro de salud, sin necesidad de que se desplacen al Hospital de Jario para realizar las imágenes de fondo de ojo. En las próximas semanas está previsto que esta prestación se extienda al resto de los centros de salud de esta área sanitaria.

Fisioterapia.

Otra línea de trabajo estratégica que ha tenido un fuerte desarrollo en el Área I es la descentralización de la fisioterapia, que inicialmente era un servicio hospitalario y por lo tanto de Atención Especializada lo que en las zonas rurales plantea problemas de accesibilidad. La estrategia que viene desarrollando el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) junto con la Consejería es una estrategia basada en atención primaria que por extender la red de fisioterapia en Atención Primaria. Así, la apertura de los centros de Luarca, Navia y Vegadeo ha supuesto el incremento de más de 4.000 nuevas consultas, pasando de 8.000 a 12.000, en solo un año.

Cuidados Paliativos.

El inicio, el pasado año, de un servicio de cuidados paliativos de área responde a una estrategia general de acercar los cuidados paliativos a la población sobre todo de pacientes oncológicos. La puesta en marcha de este servicio, localizado en Luarca, ha permitido que durante el año pasado 89 pacientes se pudieran ya beneficiar directamente de este servicio, con magníficos resultados tanto en control de síntomas como en el control del dolor. Más del 80% de los pacientes han fallecido en su propio domicilio y un año después de echar a andar se trata de uno e los servicios mejor valorados por los pacientes del área.

Salud Mental.

La apertura del centro de salud mental de Luarca es otro hito importante en la mejora de la red asistencial del área. El centro de salud mental de Luarca es un centro integrado, es el modelo que la Consejería y el Servicio de Salud están desarrollando para el resto de Asturias y que ha sido muy bien valorado por expertos de la Organización Mundial de la Salud, que participan en la evaluación de la estrategia de salud mental para Asturias.

Es un centro de salud mental que, además, incorpora toda el área de rehabilitación con múltiples talleres y la posibilidad de ingresar pacientes de forma temporal más o menos prolongada, en función de las necesidades de agudización o de respiro familiar. Se han puesto en funcionamiento diez habitaciones y se trata de un servicio muy bien valorado tanto por los usuarios como por sus familiares. De hecho, se mantiene una ocupación de este recurso de alrededor de un 80%.

Actualmente hay además quince talleres funcionando, en los que se trabajan distintos ámbitos de recuperación o de mantenimiento de capacidades cognitivas, motoras, sensitivas, de relación, etcétera. Durante el pasado año, el centro de Salud Mental de Luarca atendió a 2.379 pacientes y acogió más de 12.000 consultas.

Hospital de Jarrío.

El hospital está haciendo frente a la mayor reordenación de los servicios de toda su historia. Se ha hecho un trabajo ímprobo de reorganización de citas, de quirófanos, de consultas, que ha permitido que en un año se haya pasado de una demora media para cirugía electiva de 69 días a una actual de 56, cuando la media de Asturias está alrededor de 60 y Asturias está bastante por debajo de la media estatal. La reorganización de consultas y servicios ha permitido que hoy en día se esperen sólo 22 días para las consultas especializadas en consultas externas, por ejemplo, que ninguna espere más de 30 días, y que áreas claves como pueden ser cardiología o traumatología estén por debajo de 16 días un caso y 18 días el otro. Todo ello se ha logrado con un esfuerzo profesional muy grande a partir de un incremento del rendimiento de los quirófanos en jornada de mañana, que ha llegado a un récord histórico de un 88% en el último mes que tenemos datos.

Los ciudadanos del Área I son de los asturianos y asturianas que menos tiempo esperan para acceder a un TAC, a un escáner o a una ecocardiografía. Las urgentes se hacen en el día y las preferentes se hacen una semana, lo que está al alcance de muy pocos servicios sanitarios o servicios de salud en España. En el Hospital de Jarrío se trabaja también en otra serie de líneas estratégicas como son la apuesta por la tecnología y la ambulatorización de los procesos lo que disminuye los riesgos para los pacientes y mejora la eficiencia del hospital al reducir estancias. También se ha duplicando el número de puestos de cirugía ambulatoria, lo que ha permitido que, por ejemplo, el pasado mes de marzo se alcanzara ya la cifra del 60% de procesos realizados con cirugía mayor ambulatoria. En Jarrío también hay un notable esfuerzo por obtener acreditaciones en el ámbito de la salud y, de hecho, es un hospital que tiene acreditados por norma ISO 9001 cinco servicios, es uno de los hospitales que más servicios tiene acreditados. Esta acreditación se hace por auditores externos. Algunos de los servicios acreditados son el Servicio de Farmacia, Servicio de Admisión, Servicio de Anatomía Patológica, el de Hematología, el banco de sangre o los suministros.

El hospital ha incorporado también dos áreas de gestión clínica, dos unidades, una la de oftalmología y otra la de salud mental, que está en la fase de la firma del contrato de gestión, con lo cual se incorporarán, serían, junto con las del HUCA y algún otro centro más, de las primeras unidades de gestión clínica para poner en marcha en el área especializada en Asturias. La puesta en marcha de un solo servicio unificado de farmacia para Primaria y Especializada ha permitido ya, por ejemplo, que el Hospital de Jarrío esté en este momento con el cien por cien de las camas con unidosis, lo que no sólo mejora la calidad y el control, sino también la seguridad en el ámbito de la prescripción farmacológica.

MÁS DE 200 MÉDICOS LABORALES ESPECIALISTAS PERMANECEN COMO INTERINOS DESDE HACE 12 AÑOS

Desde **CSIT UNIÓN PROFESIONAL**, exigimos el desbloqueo del proceso de consolidación de empleo de los médicos laborales especialistas que la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior tiene paralizado incomprensiblemente. SIME, Sindicato Médico federado en **CSIT UNIÓN PROFESIONAL**, denuncia, una vez más, la situación permanente de interinidad en la que se encuentran los más de 200 médicos especialistas de la Comunidad de Madrid desde 1997 (última convocatoria de plazas resueltas).

La espera de más de 12 años y la paralización del proceso de consolidación para el acceso a plazas de carácter laboral de Titulado Superior Especialista (Grupo I, Nivel 10, Área D) ha impedido a estos profesionales (concretamente facultativos que prestan sus servicios en los centros del antiguo Servicio Regional de Salud: H.G.U. Gregorio Marañón, El Escorial...etc), consolidar sus puestos de trabajo.

A pesar de que los listados provisionales de excluidos y admitidos salieron a la luz en diciembre del año pasado, 5 meses después continúan esperando los listados definitivos, ya que sigue paralizado el nombramiento del Tribunal. **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** considera que la Administración de la CM trata de manera desigual a los médicos cuyas plazas dependen de la Consejería de Sanidad con respecto a los que dependen de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior: mientras los procesos selectivos de los facultativos especialistas estatutarios, cuyas 38 convocatorias son publicadas en febrero de 2009 por la Consejería de Sanidad, y resueltas en marzo de 2010, la convocatoria única de las casi 300 plazas de consolidación de facultativos especialistas laborales publicadas en enero de 2008, las tiene paralizadas la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior desde diciembre de 2009. Desde **CSIT UNIÓN PROFESIONAL**, exigimos celeridad en el proceso para la mejora de la situación. Solo así, se lograría la motivación de los profesionales sanitarios y la cobertura de las vacantes previstas.

Ante el alto porcentaje existente de facultativos con contrato eventual (más de un 30% de la plantilla) y el pasotismo de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior en ofrecer iniciativas que resuelvan la situación, que desde hace años padecen estos facultativos, el colectivo de médicos interinos ha reivindicado su situación ante los distintos responsables de las Consejerías de Sanidad y de Presidencia, escrito cartas, recogido firmas e incluso convocado 7 jornadas de huelga en 2009 que concluyeron en la publicación de las bases específicas del proceso de consolidación de empleo en 2009. Pero tras la publicación de los listados provisionales en diciembre de ese mismo año, estos profesionales continúan esperando.



BONET SE MARCHA DEL COLEGIO MÉDICO DE GIRONA AL CESAR TODA SU JUNTA

- **BONET ANUNCIA QUE NO SE PRESENTARÁ MÁS**



(EP GIRONA).- Un 65,5 por ciento de los 360 médicos que anoche asistieron a la Asamblea Extraordinaria del Colegio Oficial de Médicos de Girona (COMG) ha aprobado destituir a toda la junta de gobierno actual, entre ellos al presidente Eudald Bonet.

Esta decisión se ha tomado después de que en una votación anterior, el 68 por ciento de los presentes votara a favor de la moción de censura contra la actual junta.

En la Asamblea, que duró seis horas, también se ha decidido, con el 50 por ciento de los votos a favor, que la Conselleria de Justicia de la Generalitat supervise la entidad hasta la celebración de las próximas elecciones, que tendrán que realizarse en 60 días, según informaron fuentes del COMG a Europa Press.

Por ello, hasta los comicios será un órgano de gobierno provisional, bajo la tutela de Justicia, el que gestione la entidad.

En enero la Junta de Gobierno del COMG decidió excluir a la candidatura alternativa que encabezaba el doctor Joan Antoni Mulà, por "descrédito y falta de respeto" a la persona y la candidatura del doctor Bonet --que lleva presidiendo la institución desde hace 11 años--.

A la actual junta de Bonet no le gustó las declaraciones que hizo Mulà acusándolos de "querer perpetuarse en el cargo y organizar elecciones fraudulentas". Mulà lo consideraba así por el hecho que avanzar las elecciones cinco meses, y evitar así que Bonet cumpliera 12 años en el cargo y no pudiera volver a presentarse.

Finalmente, la Conselleria de Justicia intervino y obligó a la actual junta a aceptar una moción de censura contra la junta de gobierno actual.



POR SU INTERÉS, REPRODUCIMOS LA ENTREVISTA QUE EL PRESIDENTE DE LOS FARMACÉUTICOS DE ALICANTE, JAIME J. CARBONELL, HA CONCEDIDO AL BUEN PERIODISTA JAVIER CAMPOS EN EL ÚLTIMO NÚMERO DE SU REVISTA COLEGIAL

JAIME J. CARBONELL – PRESIDENTE DEL COLEGIO FARMACÉUTICO DE ALICANTE (COFA): “TRABAJAMOS POR UN COFA MÁS ÚTIL Y EFICAZ PARA TODOS LOS COLEGIADOS”

El reelegido presidente del COFA, Jaime J. Carbonell, traza en esta entrevista las líneas maestras de lo que serán sus cuatro próximos años al frente de la entidad. Los recortes impuestos a las farmacias, la capacidad del Colegio para dar respuesta a las inquietudes de los distintos colectivos profesionales o el proceso de modernización tecnológica en el que la entidad se halla inmerso, son algunos de los asuntos de presente y futuro básicos en esta nueva legislatura.



→ **¿Qué destacaría de las pasadas elecciones?**

→ Sin duda, la participación. El esfuerzo llevado a cabo por las dos candidaturas ha desembocado en una participación de más del 60% de los colegiados, porcentaje inédito en los últimos años a nivel estatal.

La profesión y su Colegio están muy vivos, y eso es una estupenda noticia. Además, una campaña electoral siempre te permite visitar a muchos compañeros, lo que te crea un panorama global de sus verdaderas inquietudes.

→ **¿Qué es lo que más preocupa ahora mismo al farmacéutico alicantino?**

→ La inquietud general no es otra que la viabilidad económica de las farmacias. Llevamos ya años soportando continuos recortes de márgenes por distintas vías, y realmente la oficina de farmacia no puede más. Es obvio que el país se encuentra en una grave crisis económica, pero da la sensación de que la farmacia es lo primero en que se piensa cuando se imponen los recortes. El último ha sido el RDL de racionalización del gasto farmacéutico.

Un paso más y muchas oficinas van a comenzar a generar desempleo. No se puede seguir actuando exclusivamente sobre la oferta y no sobre la demanda. Estamos haciendo oír nuestra voz tanto a nivel Ministerio como Conselleria de Sanitat. Mi obligación es llevar a cabo una defensa efectiva de la farmacia y del farmacéutico alicantino, y más cuando se está cargado de razones objetivas.

→ **La situación de los compañeros adjuntos ha sido un caballo de batalla en los comicios...**

→ Se trata de un colectivo cada vez más importante y, sin duda, de influencia creciente a todos los niveles. Han de organizarse, ese es su primer paso. Creo que gran parte de su futuro pasa por la carrera profesional. Dentro del COFA, también hemos de adaptarnos y dar respuesta a sus demandas profesionales. Nuestra vocal está desarrollando un gran trabajo haciendo oír su voz junto con otros vocales de España en el seno del Consejo y cuentan con el total respaldo de su Colegio para que dispongan de su propia vocalía nacional. Desde aquí vamos a trabajar en la profundización y mejora de las relaciones entre titulares y adjuntos, y en resolver, dentro de las competencias colegiales, los problemas de éstos últimos.

Y lo vamos a hacer a través de acciones concretas: estamos elaborando ya el manual de acogida al colegiado y próximamente convocaremos a todos los compañeros adjuntos para especificar sus demandas y ponernos a trabajar. Queremos que sientan de una vez que su Colegio les es útil. Y esto último es extensible a todos los distintos ejercicios profesionales. Vamos a crear nuevos servicios y a mejorar la accesibilidad a los mismos. El colegiado ha de participar más de su Colegio, ya sea de hospital, de distribución, de docencia, analista, titular o adjunto. Trabajamos por un COFA más útil y eficaz para todos los colegiados.

→ **La receta electrónica, otro de los retos...**

→ Reto y compromiso. En un año, aproximadamente, todas las oficinas de la provincia estarán trabajando con ella. Vamos a estar al lado del colegiado para dar solución a las contingencias que surjan y a llevar a cabo todas las reuniones informativas que hagan falta. En escasas semanas todas las farmacias van a recibir un video explicativo sobre la materia que seguro va a resultar de mucha utilidad. La receta electrónica supone un esfuerzo económico y humano para todos los compañeros, un cambio en la manera de trabajar para adaptar la profesión a los tiempos. Hay que evolucionar. Pero insisto, el compañero no va a sentirse solo en este proceso.

→ **Respecto al COFA, usted ha insistido mucho en su modernización interna.**

→ Queremos dejar al Colegio en el mejor nivel, a escala nacional, en lo referente tanto a tecnología como a oferta de servicios al colegiado. La plataforma ON LINE, la formación por Internet, las nuevas formas de gestión implícitas en el programa Navision... vamos a situar al COFA en el futuro, como una entidad moderna y dinámica, con una gestión informática integral. Una de las primeras y más visibles consecuencias de estos procesos es que el flujo de información COFA – colegiado, y la inmediatez de la misma, va a verse muy incrementado.

→ **La atención del farmacéutico al mayor que vive solo aún se encuentra por perfilar...**

→ Este va a ser otro de los caballos de batalla. Hemos de atender a los mayores que viven en la provincia de Alicante. Cada día son más, y muchos de ellos viven solos. El Congreso nacional que celebramos en noviembre en el COFA supuso el pistoletazo de salida, a nivel nacional, para afrontar de una vez un cambio en las formas de atención actuales. El farmacéutico va a estar ahí, junto con otras profesiones, para cubrir esa creciente necesidad social. Seguro que, con buena voluntad por todos los agentes implicados, llegamos a acuerdos satisfactorios para todos y logramos construir un sistema de atención a crónicos y polimedicados eficiente en el que cada uno ocupe su lugar.

→ **¿Cuáles son las últimas noticias sobre el Dictamen Motivado contra la Farmacia española?**

→ Tras la famosa sentencia de 2009 que despejó las dudas sobre la legalidad de los modelos farmacéuticos regulados, estamos pendientes ahora del fallo, que no puede demorarse mucho, sobre la cuestión prejudicial asturiana. El Abogado General puso en cuestión en su informe sobre el caso los distintos baremos que existen en nuestro país para la autorización de nuevas farmacias. Hay que esperar a ver que rumbo toma el asunto.

→ **¿Se va a mantener la presencia en la sociedad de la profesión?**

→ Hay que estar en la calle, aparecer en los medios de comunicación, a todos los niveles, desde la prensa escrita, programas de radio y televisión, campañas sanitarias... Esta labor de concienciación social que prestigia la profesión es nuestra obligación. También a nivel de medios de comunicación hemos de ser una entidad puntera en nuestra provincia.



EL COLEGIO DE VETERINARIOS DE MADRID, PIONERO EN LA ADHESIÓN AL SISTEMA ARBITRAL DE CONSUMO DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID



El Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid ha firmado el pasado lunes 17 de mayo, un convenio con el Ayuntamiento de Madrid por el que se compromete a colaborar en el fomento del Sistema Arbitral de Consumo, a través de su participación en los colegios arbitrales que se constituyan en la Junta Arbitral de Consumo del Ayuntamiento de Madrid.

Mediante este convenio, el Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid se compromete expresamente a participar en el Sistema Arbitral de Consumo con plena disponibilidad, es decir, cuando sea requerido para ello por la Junta Arbitral del Ayuntamiento de Madrid y a intervenir, a través de los árbitros que se designen, en la formación de los distintos colegios que se constituyan de conformidad con las prescripciones del Real Decreto 231/2008, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo.

Dicha designación se producirá en aquellos asuntos en los que el objeto de la controversia se adecue a las materias que son propias de la profesión veterinaria.

La adhesión al Sistema Arbitral de Consumo del Colegio Oficial de Veterinarios establece un hito, un primer paso, para la concertación con otros Colegios Profesionales, al ser el primero en hacerlo, defendiendo así no sólo los intereses de los profesionales de la veterinaria, funciones que le son propias, sino también los derechos del consumidor, aportando, además a los colegios arbitrales en los que intervenga su especialización y conocimiento de las materias que son propias de la profesión veterinaria.

La Junta Arbitral de Consumo del Ayuntamiento de Madrid, órgano administrativo adscrito al Área de Gobierno de Economía, Empleo y Participación Ciudadana, posibilita a través de los órganos arbitrales que constituye, un cauce eficaz, alternativo a la justicia ordinaria, para que los consumidores puedan ejercer sus derechos.

Constituida en mayo de 1986, fue pionera en España y ha acumulado una intensa experiencia en el arbitraje de consumo, habiendo atendido a través de sus 24 años de funcionamiento más de 45.000 solicitudes de arbitraje y celebrado más de 20.000 vistas o audiencias arbitrales.

Los ciudadanos mantienen la confianza en este sistema, como ilustran algunos datos del pasado ejercicio 2009, en el que se recibieron un total de 2.056 solicitudes de arbitraje, que dieron lugar a la celebración 921 vistas arbitrales. El mayor número de solicitudes se refirieron a empresas de suministros con 927 solicitudes (45,09 %) donde casi la totalidad pertenecían a los sectores de telefonía fija y móvil. Se emitieron 731 laudos de los cuales 352 (48,15 %) resultaron estimatorios total o parcialmente para los consumidores reclamantes.

No son menos destacables las ventajas que reporta el sistema para el empresario o profesional, ya que le permite ofrecer a sus clientes un plus de calidad en su actividad comercial, un refuerzo en la credibilidad y seriedad empresarial, que aumenta la confianza del consumidor en la calidad de los productos y servicios que oferta.

Muestra del reconocimiento empresarial son las 2.357 empresas adheridas al Sistema Arbitral de Consumo a través de la Junta Arbitral del Ayuntamiento de Madrid (dato a final del ejercicio de 2009).

Pero el núcleo central para el funcionamiento del sistema es la constitución órganos arbitrales, que son precisamente los encargados de resolver sobre los conflictos de consumo sometidos a arbitraje. Cuando éstos tienen naturaleza colegiada, los integran tres árbitros, elegidos cada uno de ellos entre los propuestos por la Administración, las asociaciones de consumidores y las organizaciones empresariales o profesionales.

Para ello la Junta Arbitral Municipal ha ido recabando compromisos de adhesión al Sistema Arbitral de Consumo de estas organizaciones, quienes proponen los árbitros que habrán de actuar en su representación en los procedimientos arbitrales.

La Junta Arbitral de Madrid cuenta actualmente con 21 asociaciones de consumidores y 26 organizaciones empresariales adheridas, cuyos árbitros asisten a las vistas arbitrales para las que son designados, a las que ahora se suma el Ilustre Colegio de Veterinarios de Madrid, como primera organización colegial profesional adherida al Sistema Arbitral a través del Ayuntamiento de Madrid.



EL GRUPO HOSPITAL MADRID PRESENTA LA CARRERA POPULAR SOLIDARIA DEL PRÓXIMO 23 DE MAYO

El Grupo Hospital de Madrid (HM), con el apoyo de la Fundación Divina Pastora y NH Hoteles, la colaboración de Divina Pastora Seguros -entidad aseguradora de evento- y el patrocinio institucional de la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Boadilla del Monte, organizan el próximo día 23 de mayo la I edición de la Carrera Popular Solidaria HM Corre por la Vida. La salida de esta prueba estará instalada a las 10:00h junto al Hospital Universitario Madrid Montepríncipe (Boadilla del Monte).

El evento, que se dedicará a favor de la lucha contra el cáncer, busca convertirse en una de las principales pruebas solidarias del calendario madrileño de carreras populares, y contará con la participación del atleta **Fabián Roncero** y la presencia del también atleta **Chema Martínez**.

Las inscripciones pueden hacerse a través de la página www.hm-correporlavida.es, así como en las principales plataformas nacionales, www.carreraspopulares.com y www.runners.es, se dedicará a favor de la lucha contra el cáncer.

Para presentar esta carrera, el Centro de Formación Municipal de Boadilla del Monte acogerá hoy jueves, día **20 de mayo**, a las **13:30h**, una **rueda de prensa** en la que participarán el presidente de la Fundación Hospital de Madrid, **Prof. Dr. Juan Martínez López de Letona**; el director general del Grupo HM, **Dr. Juan Abarca Cidón**; el gerente de la Fundación Divina Pastora, **D. Luis de Bago**; el alcalde de Boadilla del Monte, **D. Juan Jesús Siguero Aguilar**; y el atleta **Fabián Roncero**.

DÍA: 20 de mayo de 2010
HORA: 13:30 horas
LUGAR: Centro de Formación Municipal de Boadilla del Monte (Salón de Actos)
c/ Victoria Eugenia de Battemberg, 10
28660 Boadilla del Monte

ENSEÑAN CÓMO HACER FRENTE A SITUACIONES DE EMERGENCIA

PROFESIONALES DEL CLÍNICO IMPARTEN CURSOS DE PRIMEROS AUXILIOS A PROFESORES DE CENTROS EDUCATIVOS



Profesionales sanitarios del Hospital Clínico San Carlos han desarrollado un Programa para impartir cursos teórico-prácticos a profesores de centros educativos con el objeto de aportar, desde la teoría y la práctica, soluciones rápidas y eficaces a los profesionales de la educación que en algún momento se pueden encontrar ante una emergencia.

Se trata de enseñar a manejar determinadas situaciones frente a lesiones o situaciones críticas de salud que pueden ocurrir a los alumnos durante su permanencia en el colegio y, en definitiva, formar a los educadores y formadores que actúan en la edad infantil en los principios y bases de la educación para la salud con el objeto de mejorar los estándares de salud en la población infantil y juvenil.

El primero de estos Cursos se ha impartido en los colegios “El Valle” de Madrid y en el mismo participaron 80 profesores de primero y segundo ciclo de Educación Infantil, así como los profesores de Educación Física.

El programa educativo está estructurado en 10 grandes temas que abordan la prevención y medicina preventiva; las técnicas de primeros auxilios; heridas y hemorragias; traumatismo, contusiones, esguinces, quemaduras, mordeduras y picaduras; alteraciones de la conciencia: lipotimia y coma; convulsiones, diabetes; crisis asmáticas, parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar, la prevención de accidentes en la infancia y legislación básica en materia de primeros auxilios en las escuelas y centros educativos de menores, tema este último impartido por abogados expertos en esta materia.

Antes del inicio de las clases, a los alumnos se les facilita el material escrito y gráfico elaborado por los directores y profesores del Curso, lo que les permite seguir las clases sin tener que tomar apuntes, con el objeto de que su atención se centre en atender las explicaciones de los profesores.

También cuentan con material para realizar las prácticas, como vendajes, gasas, pequeño instrumental sanitario y varios maniqués con los que hacen las prácticas de recuperación cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar.

Y al término del mismo se les da un Diploma acreditativo de su asistencia y posteriormente se les envía un Certificado del Curso y la acreditación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y las Unidades Coronarias-Consejo Europeo de Resucitación Cardiopulmonar y ADEPS.

Un curso pionero y acreditado por sociedades científicas

El curso constituye una iniciativa pionera del Servicio de Medicina Preventiva del Clínico San Carlos y está acreditado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, las Unidades Coronarias-Consejo Europeo de Resucitación Cardiopulmonar y la Asociación de Educación Para la Salud (ADEPS) del HCSC.

La parte científico-sanitaria del mismo está dirigida por los doctores José Fereres Castiel y Juan José Bestard Perelló jefe y adjunto, respectivamente, del citado Servicio de Medicina Preventiva, y la coordinación científico-médica y práctica la ha llevado a cabo el Dr. Juan Carlos Martín Benítez y José Ángel González Sánchez, del Servicio de Cuidados Intensivos del mismo centro.

Los 80 alumnos/profesores que han participado en esta primera edición tuvieron como profesores al los doctores Juan J. Bestard, Juan Carlos Martín Benítez, María Bringas Bolleda, Fernando Martínez Sagasti, Carlos Herrero Alonso, y a I@s enfermer@s Teresa Martín Acedo, Blanca Corujo Fernández, Esther Martín García, Juan Pardo Martínez y Javier Álvarez Tames, todos del Hospital Clínico .

Por parte de los colegios “El Valle” el curso fue dirigido y coordinado por Gonzalo Barbero Arrabé, director de Educación Infantil y E. Primaria; Ana Bernardo Gil, miembro del Departamento de Orientación; Federico Álvarez Jaso, Jefe de Estudios y Responsable del Departamento de Orientación, contando con la supervisión del Dr. José Luís Castillo, responsable del Departamento Médico.

En el marc de la II Jornada d'atenció a la dependència de La Unió Catalana d'Hospitals. Qualitat dels serveis, un repte per a la sostenibilitat

EL COSTE MEDIO DE UNA PERSONA DEPENDIENTE ES DE 32.000 EUROS ANUALES

- **Aquesta és la previsió de la mitjana dels costos individuals d'atenció a la dependència d'un home de 65 anys, despesa que es dobla si es tracta d'una dona**
- **La prestació econòmica pel cuidador familiar suposa més del 57% de les prestacions donades a Catalunya**

Montserrat Guillén, catedràtica de la Universitat de Barcelona i directora del grup de recerca del risc en finances i assegurances, ha assenyalat que la previsió de costos individuals d'atenció a la dependència d'un home de 65 anys és d'un mínim de 32.000 euros de mitjana i de 64.000 si és una dona.

Guillén ha fet aquesta afirmació a la **II Jornada d'atenció a la dependència de La Unió catalana d'Hospitals 'Qualitat dels serveis, un repte per a la sostenibilitat'**, celebrada ahier. La catedràtica també ha apuntat que, actualment, la llei de Dependència cobreix aproximadament la meitat del cost i que, per tant, el desenvolupament d'aquesta llei i les dificultats reals i financeres de posar-la a la pràctica fan preveure que les persones amb menor nivell de dependència siguin més vulnerables en no tenir prioritat suficient per ser cobertes pel SAAD i, en general, hauran de trobar ajut econòmic al seu entorn.

La directora del grup de recerca també ha destacat que la prestació econòmica pel cuidador familiar, que la Llei preveia com excepcional, encara suposa més del 57% de les prestacions donades a Catalunya quan s'han valorat els casos de dependència més severa.

Segons Guillén, s'ha de potenciar de l'atenció domiciliària tant per les preferències de les persones amb dependència com per tal de mantenir el màxim grau d'autonomia dels afectats. Per acabar, la catedràtica ha recordat que s'haurien d'idear instruments adequats com ara incrementar la vida saludable i l'autonomia de la persona per a continuar desenvolupant una vida activa i ser susceptible d'alleugerir el pes sobre la comunitat i, sobretot, estimular l'estalvi i la previsió al llarg de tota la vida, i ha demanat que el sistema públic de SAAD focalitzi en els dependents més greus i desfavorits.

A la jornada també s'han tractat altres temes com la rellevància d'apostar per uns serveis professionalitzats i de qualitat com una condició per a la sostenibilitat del sector; la inquietud del sector per l'impacte que podria suposar exigir uns estàndards d'acreditació que possessin en risc precisament aquesta sostenibilitat.

La necessitat d'impulsar un camí cap a la millora contínua que suposa el model d'acreditació; les preocupacions dels proveïdors de serveis; quina és la necessitat a la qual cal donar resposta en funció del recursos de la persona (personals, socials i familiars); o quina és la millor manera de donar resposta a l'evolució de l'envelliment i com es fa efectiva.

Davant la crisi i les possibles mesures que recentment ha anunciat el Govern central i a què dona suport el Govern de la Generalitat, la Unió Catalana d'Hospitals defensa el sector sanitari i d'atenció a la dependència com a sectors dinàmics de l'economia productiva i generadors d'ocupació no deslocalitzable. Per al president de l'entitat, **Dr. Boi Ruiz**, *“aquests sectors ja són claus en el PIB català i espanyol, avançar en aquest sentit serà determinat per provocar un canvi de model productiu de país basat en el coneixement”*. Ruiz ha afegit que des de fa més de tres dècades la col·laboració público privada a Catalunya ha estat un dels factors d'èxit en el sector sanitari, que es pot repetir en el model social. El president també ha destacat que **“el ciutadà se sent ben atès quan es tracta al sistema públic i moltes vegades desconeix que darrere hi ha una entitat privada”** i que **“ generar debats estèrils al voltant de la col·laboració público privada no beneficia ni al ciutadà ni al sistema”**. La Unió defensa un model d'atenció social per a les persones en situació de dependència que ha de donar respostes tenint en compte tant a l'individu, la família i l'entorn, com la xarxa de serveis socials i sanitària; un model en el qual:

- l'Administració es responsabilitzi dels drets del ciutadà i defineixi la prestació i el finançament;
- la sostenibilitat del model es basi en la cartera de serveis;
- l'administració gestioni el finançament públic, planifiqui, acrediti i avaluï les entitats i serveis;
- es potenciï la professionalització de la gestió a partir dels estàndards d'acreditació;
- s'optimitzin tots els recursos de la xarxa i s'afavoreixi la lliure concurrència;
- se situï en un marc estable de provisió i de finançament;
- s'acompanyi de millores de la fiscalitat aplicada a l'assegurament privat
- el sector treballi per ser reconegut com a sector dinàmic de l'economia productiva.

L'entitat aposta per un model de sector sanitari i social basat en la transparència i el retiment de comptes, amb el compromís de transmetre i subratllar l'avaluació de resultats com un pilar fonamental de la millora contínua. En aquest sentit, dotar-nos d'un model d'excel·lència que motivi aquesta millora és un dels valors que defensa el sector d'atenció a les persones. Per ajudar a sostenir aquest debat, des del Consell de sector de dependència de La Unió es promou el *benchmarking* per compartir indicadors de gestió de processos i resultats.

La Unió Catalana d'Hospitals és una associació empresarial formada per més de 109 entitats associades en l'àmbit sanitari i social. D'aquestes entitats, 46 tenen activitat en l'àmbit social i d'atenció a la dependència en més de 120 centres que donen cabuda a 9.600 places i que generen ocupació per a 9.050 professionals.

LOS DEBERES PARA LAS VACACIONES ESTIVALES DE LOS JUGADORES DEL REAL MADRID

- **Deberán seguir una planificación de tareas físicas, ejercicios preventivos y recomendaciones higiénicas y dietéticas**
- **El objetivo es que los jugadores no varíen su peso corporal más de un 1,5%**
- **“En general, los jugadores cuidan bastante su peso y no solemos encontrar variaciones significativas a su regreso”, asegura el director de los Servicios Médicos Sanitas - Real Madrid**

Tras la finalización de la Liga, los jugadores que no van al Mundial de Sudáfrica y disfruten de sus vacaciones de verano deberán seguir una planificación diseñada por los Servicios Médicos Sanitas - Real Madrid. El objetivo: no perder la forma física durante el verano e iniciar la pretemporada en las mejores condiciones posibles.

Todos los jugadores han recibido de los especialistas de los servicios médicos una planificación de tareas físicas que deben seguir, ejercicios preventivos para minimizar problemas que hayan presentado durante la temporada y recomendaciones higiénico-dietéticas para el período estival.

Las recomendaciones relativas a la alimentación radican en procurar que sea lo más equilibrada y variada posible, tanto en cantidad como en calidad. No se prohíbe el consumo de ningún alimento, pero se recomienda no abusar de bebidas azucaradas (por su alto contenido calórico) y, por supuesto, de la ingesta alcohólica.

“En general, los jugadores cuidan bastante su peso y no solemos encontrar variaciones significativas en el mismo. Al inicio de la pretemporada se realiza un primer estudio de composición corporal objetivándose los cambios en el sumatorio de 8 pliegues que valoramos durante el año”, asegura Carlos Díez, director de los Servicios Médicos Sanitas-Real Madrid. “Sí podemos ver cambios en la relación entre el porcentaje de grasa y el porcentaje muscular.

Nuestro objetivo es que el jugador no varíe su peso corporal en +/- 1-1,5%”, añade el doctor Díez.

El calendario vacacional de los especialistas de los Servicios Médicos Sanitas – Real Madrid se adaptará para cubrir la readaptación de los lesionados de todas las categorías del club que permanecen rehabilitándose.

Como comenta Carlos Díez, “aunque los médicos también disfrutamos de vacaciones, siempre estamos a disposición del Club y de los jugadores para cubrir cualquier necesidad que pueda sugerir”.

Grupo Sanitas

El Grupo Sanitas, especializado en salud y atención sociosanitaria, incluye las compañías: Sanitas Seguros, Sanitas Hospitales, Sanitas Residencial y Sanitas Servicios de Salud. Sanitas Seguros es la compañía líder en cuanto a clientes privados de seguros de asistencia médica y salud en España, con 1,97 millones de socios.

En 2009, su facturación fue de 1.040,6 millones de euros. Sanitas Responde es uno de sus últimos lanzamientos en el ámbito de la prevención y la educación en la salud, un servicio creado para ayudar a los pacientes crónicos a gestionar más eficientemente su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Para potenciar los diferentes canales de contacto con sus clientes, la compañía ha puesto en marcha Sanitas Welcome, una plataforma de atención a través de teléfono, fax, e-mail, SMS y chat, y Sanitas Emisión, una plataforma de emisión de llamadas de venta telefónica para mejorar los resultados, la calidad y la eficiencia de las ventas por este canal.

Sanitas Hospitales gestiona dos hospitales y 55 centros médicos propios y colabora con cerca de 27.300 médicos y profesionales sanitarios y 461 clínicas y centros médicos de toda España. Sanitas Residencial es una de las principales compañías de atención a mayores de España y está especializada en atención a personas con demencia. Cuenta con 41 residencias en todo el país y ofrece casi 5.000 plazas residenciales.

A través de Sanitas Servicios de Salud, el grupo ofrece una amplia gama de servicios complementarios de salud y bienestar en sus centros propios (tratamientos estéticos, reproducción asistida, test de intolerancia alimentaria o chequeos médicos) y a través de los centros Sanitas Mundosalud (pilates, fisioterapia, nutrición, tratamientos de belleza, etc.).

En el terreno de la medicina deportiva, Sanitas lleva años poniendo a disposición de los deportistas de elite su conocimiento médico. Desde el pasado 2008, la compañía de asistencia sanitaria es la encargada de gestionar los servicios médicos del Real Madrid.

La intervención ha sido un éxito, evitándose un procedimiento quirúrgico más agresivo y de riesgo

EL HOSPITAL XANIT INTERNACIONAL, EL PRIMER CENTRO PRIVADO ESPAÑOL QUE IMPLANTA UNA VÁLVULA CARDIACA POR CATETERISMO

- Aunque hay cerca de una decena de hospitales públicos españoles que han utilizado esta técnica para hacer frente a las estenosis aórticas graves, éste es el primer centro privado (no concertado) que la lleva a cabo
- El implante de una prótesis aórtica por vía percutánea es una técnica que está especialmente desarrollada en Europa, y que aún no está aprobada en los Estados Unidos
- Con este recurso se reduce el riesgo de morbilidad de los pacientes, siendo especialmente de elección para personas de edad avanzada y que previamente ya han sido sometidas a una intervención cardiaca
- La particular organización que tiene el Área de Corazón de Xanit, integrando cuatro grupos distintos de especialistas, ha permitido este avance en la Medicina Privada española

El Hospital Xanit Internacional ha sido el primer centro hospitalario español exclusivamente privado en llevar a cabo un implante de prótesis aórtica percutánea. La intervención se realizó la pasada semana en un paciente varón de edad avanzada con estenosis aórtica y reintervenido en varias ocasiones, finalizándose con éxito y experimentando éste una rápida y satisfactoria evolución.

A pesar de que esta técnica ya se emplea desde hace un par de años en nuestro país, y que varios centros públicos (así como un hospital concertado) la emplean en determinados pacientes para hacer frente a la valvulopatía más común, es la primera vez que un hospital exclusivamente privado ha practicado esta intervención.

Las consecuencias de este hecho, como las resume el Dr. Juan José Gómez Doblás, director del Área de Corazón del Hospital Xanit, “no pueden ser más que positivas”. Por un lado, apunta, “hemos logrado ofrecer a un paciente un recurso innovador, capaz de minimizar la intervención quirúrgica y que se asocia con una drástica reducción del riesgo de mortalidad y de aparición de complicaciones”.

Pero, además, desde el punto de vista de la sanidad privada, esta intervención se ha convertido en un hito. “No sólo se pone de manifiesto la capacidad de nuestro hospital para resolver con esta técnica un problema muy común”; además, apostilla el Dr. Gómez Doblás, “estamos acercando este tipo de intervención a muchas personas de nuestro país que sólo están adscritas a un seguro privado y que, por lo tanto, aún no podían someterse hasta ahora a un implante de prótesis valvular percutánea”.

Procedimiento complejo e innovador

Como ha explicado el director del Área de Corazón del Hospital Xanit Internacional, “la intervención se ha practicado a un paciente con estenosis aórtica severa, de edad avanzada y que previamente había sido operado de las carótidas y había sido sometido a un *bypass*”. Un equipo quirúrgico liderado por el cardiólogo intervencionista José María Hernández García (que acumula una amplia experiencia con este tipo de técnica, a nivel nacional e internacional, con más de 100 casos realizados) ha sido el responsable de realizar el implante.

En concreto, se ha procedido a implantar la prótesis valvular por vía femoral, “incorporándose plegada a través de un catéter y desplegándose posteriormente en el corazón”, ha comunicado el Dr. Gómez Doblas.

El Hospital Xanit Internacional dispone de un Área de Corazón, compuesta por 14 especialistas, que se estructura en cuatro subgrupos: Cardiología Clínica, Hemodinámica, Arritmias y Cirugía Cardíaca. Según explica su director, “la principal ventaja del nuevo equipo es que integra a cardiólogos y cirujanos cardíacos en el mismo grupo, cuando lo habitual es que estos profesionales trabajen en servicios independientes”. Con esta novedad, es posible coordinar mejor las tareas que conlleva la realización de una intervención tan compleja como la derivada del implante de una válvula cardíaca mediante cateterismo, en lugar de optar por la clásica cirugía abierta.

De técnica experimental a recurso de elección

La estenosis aórtica es un trastorno muy frecuente; en su mayoría, sufren esta enfermedad personas ancianas con alto riesgo quirúrgico. La tecnología emergente ha desarrollado bioprótesis que pueden implantarse por vía percutánea (por ejemplo, por punción en la arteria femoral, en la pierna, de forma parecida a un cateterismo y sin cirugía) en pacientes adultos con estenosis aórtica degenerativa con alto riesgo para la cirugía o que no quieran operarse.

En el año 2002, Cribier et al. comenzó los primeros implantes percutáneos de prótesis aórticas en humanos. Desde entonces, este tratamiento está evolucionando muy rápidamente. El implante percutáneo de válvulas aórticas es un procedimiento muy atractivo para los pacientes, dado que no hay que abrir el pecho, en muchos casos no lleva anestesia general (se realiza con sedación) y permite el alta del hospital de forma precoz.

Hospital Xanit Internacional

El Hospital Xanit Internacional dispone de 13.000 m² distribuidos en cinco plantas, con 110 habitaciones individuales. Cuenta con un prestigioso equipo de profesionales expertos en los últimos avances diagnósticos y terapéuticos que trabajan permanentemente en equipos multidisciplinares como exige el nivel de complejidad de la medicina actual. Xanit Internacional dispone de la tecnología más avanzada, sin precedentes en la medicina privada de Málaga. Esta capacidad tecnológica convierte a Xanit Internacional en un hospital de alta resolución, capaz de resolver con rapidez y eficacia importantes problemas de salud, siendo un referente no sólo a nivel provincial sino a nivel de la Comunidad Autónoma.

Como referentes en Xanit Internacional se sitúan las áreas clínicas Xanit: Xanit Área del Corazón, Xanit Área de Oncología, Xanit Área de Neurociencias.

1 de cada 12 personas en el mundo está infectada de esta enfermedad que ayer miércoles celebró su Día Mundial.

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA LLEVA A CABO CERCA DE 25.000 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE HEPATITIS AL AÑO

- **El centro hospitalario participa en varios ensayos clínicos multicéntricos en relación de las hepatitis virales.**

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario de La Ribera lleva a cabo, al año, cerca de 25.000 pruebas diagnósticas (determinaciones) de Hepatitis. Ayer miércoles se celebró el Día Mundial de esta enfermedad que afecta a 1 de cada 12 personas en el mundo. Del total de determinaciones, el 5% corresponde a hepatitis de tipo A, el 45%, a hepatitis de tipo B, el 50% al tipo C y menos del 1% al tipo D (ya que este tipo solo está presente en pacientes que además están infectados de hepatitis B). Las hepatitis virales son unas de las enfermedades del hígado con mayor incidencia a nivel mundial. La infección por estos virus eleva unos enzimas típicamente hepáticos (transaminasas) y solo en algunos casos aparecen síntomas que van desde molestias gastrointestinales inespecíficas (náuseas, vómitos, falta de apetito, dolor abdominal), hasta fiebre, cansancio y oscurecimiento de la orina o heces más pálidas de lo habitual.

En función del virus que las origina, existen varios tipos de hepatitis. Así, las hepatitis del tipo A y E se transmiten por vía oral (es, por tanto, más común que se produzcan casos por contacto familiar, en colegios o campamentos), no son graves y dejan inmunidad de por vida. Las hepatitis B y C se transmiten por contacto con la sangre, por transmisión vertical (de madre a hijo durante el embarazo o parto) o por contacto sexual, son las más frecuentes y pueden volverse crónicas.

Por último, la hepatitis D se transmite también por contacto con sangre pero solo afecta a aquellos pacientes que tienen una hepatitis B crónica. Según ha destacado el jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario de La Ribera, Dr. Javier Colomina, “es frecuente que las infecciones por los virus de la hepatitis B y C, se den con más frecuencia en pacientes infectados por el VIH, ya que todos estos virus comparten las mismas vías de transmisión”. El Hospital Universitario de La Ribera participa, actualmente, en varios ensayos clínicos multicéntricos en relación con las hepatitis virales “y pone a su disposición la más avanzada tecnología y los últimos avances terapéuticos en relación al diagnóstico e identificación de la enfermedad; pruebas de imagen y tratamientos antivirales”, ha señalado el Dr. Colomina.

Prevención

El jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario de La Ribera ha afirmado, igualmente, que “para evitar el contagio con alguna forma de hepatitis basta con tener en cuenta algunas recomendaciones de prevención primaria”. En este sentido, en el caso de la hepatitis A, por ejemplo, es importante mantener una buena higiene, con lavado adecuado de las manos antes de comer. Esta recomendación es especialmente importante en caso de haber mantenido contacto con alguna persona infectada o cuando se visitan países endémicos, donde es más fácil contagiarse. Igualmente se hace necesario un lavado concienzudo de la comida, especialmente de los vegetales que se toman crudos y, en caso de viajar a lugares donde la hepatitis A es habitual, vacunarse previamente. Por lo que se refiere al contagio de las hepatitis B y C, lo más recomendable es evitar el contacto con sangre infectada, practicar relaciones sexuales seguras, no intercambiar jeringuillas ni objetos de aseo personales como maquinillas de afeitar o cepillos de dientes y, en caso de realizarse algún tatuaje o *pearcing*, hacerlo en lugares acreditados, con garantía de higiene y desinfección del instrumental utilizado.



FERNANDO LAMATA, CONSEJERO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA, VISITA EL PROYECTO FARMAVENIX-PROFARCO DE LOGÍSTICA FARMACÉUTICA, EN EL QUE COFARES VA A INVERTIR 50 MILLONES DE EUROS

El consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, Fernando Lamata, ha visitado las instalaciones de OFSA-FARMAVENIX (Grupo Cofares) en la localidad alcarreña de Marchamalo, cercana a Guadalajara.

El presidente de Cofares, Carlos González Bosch, presentó al consejero el proyecto FARMAVENIX-PROFARCO, de ampliación de los servicios logística farmacéutica integral, que prevé invertir 49,86 millones de euros en curso de los próximos 52 meses. El proyecto contempla lo siguiente:

- OFSA, consolidación de la plataforma que formula un pedido único a los laboratorios farmacéuticos para abastecer a los 30 almacenes de distribución a oficinas de farmacia que el Grupo Cofares tiene por toda España.
- ALMACEN DE “OVER STOCKS”, de nueva creación, para abastecer de productos de baja rotación a los almacenes del Grupo Cofares y directamente a las farmacias, garantizando 30.000 referencias de productos sanitarios y farmacéuticos en todo el territorio nacional en el plazo máximo de 12 horas.
- FARMAVENIX, operador de servicios logísticos para la industria farmacéutica, que de sus 45.000 metros cúbicos de capacidad de almacenamientos actuales, pasará a 125.500 metros cúbicos con la construcción de un gran silo de 30 metros de altura.
- OFSA DEVOLUCIONES, dedicada a la logística inversa de todos los abonos y devoluciones del Grupo Cofares, que de su ubicación actual en otra nave en Marchamalo a 1 Km. de distancia, se ubicará en el complejo de las nuevas instalaciones en una nave de nueva construcción de 4.000 metros cuadrados.

La inversión representará la ampliación de las actuales instalaciones de 20.000 metros cuadrados en 16.600 metros cuadrados más, que permitirán mejorar los ratios de actividad del Grupo Cofares en todas sus áreas de negocio.

Cofares, empresa cooperativa propiedad de 9.621 farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia, tiene un 23 por ciento de la cuota de mercado nacional, es la primera empresa de logística y servicios farmacéuticos de España y cerró el pasado ejercicio 2009 con unas ventas consolidadas de 2.662 millones de euros.

PSN CELEBRA SU ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE MUTUALISTAS

2009 ha sido un año muy especial para Previsión Sanitaria Nacional. Aun en el peor momento de la crisis económica que vivimos, PSN ha seguido creciendo en facturación, dando nuevos servicios a nuestros mutualistas, abriendo nuevas oficinas y creando empleo.

Muchos retos nos esperan y mucho hay que seguir mejorando, pero hay sobrados motivos para celebrar con nuestros mejores amigos y también con los colaboradores y Dirección del Grupo un buen año, que pone colofón a la mejor década vivida por PSN en su historia que coincide además con nuestro 80 Aniversario.



Miguel Carrero López

Presidente del Consejo de Administración de PSN

tiene el placer de invitarle con motivo del 80 aniversario:

- | | |
|---|--|
| • Cena de Confraternización | Día 28 de mayo, 20.30h, hotel Villa Magna |
| • Asamblea General Ordinaria de Mutualistas | Día 29 de mayo, 11.30h, hotel Meliá Avenida de América |



adefarma
ASOCIACION DE EMPRESARIOS
DE FARMACIA DE MADRID

ESTEVE



EL COLEGIO FARMACÉUTICO DE MADRID PRESENTA EL INFORME: "FUTURO DE LA OFICINA DE FARMACIA. 2010/2014"

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, con la participación de la empresarial de Madrid, Adefarma, ESTEVE y la Fundación Lafer, le invita a la presentación del informe:

"Futuro de la Oficina de Farmacia. 2010/2014"

El acto, que estará presidido por la Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras

D^a Belén Prado Sanjurjo

tendrá lugar el próximo día 24 de mayo de 2010 (lunes), a las 20,30 horas, en el salón "Barcelona IV" del hotel Eurostars Madrid Tower, Paseo de la Castellana, 261.

A continuación del acto de presentación se servirá un cocktail en el salón "Panorámico", planta 30.



LA FUNDACIÓN EDAD & VIDA CONVOCA LA VII EDICIÓN DEL PREMIO EDAD & VIDA BAJO EL TEMA “EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN LA UTILIZACIÓN Y GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y SANITARIOS EN CENTROS RESIDENCIALES”

- **El Premio, dotado de 30.000 euros, tiene como objetivo promover la búsqueda de soluciones viables y eficaces para la mejora e innovación de la calidad de vida de las personas mayores.**
- **En esta Edición la Fundación Edad&Vida premiará propuestas que promuevan la mejora en los modelos de gestión de productos farmacéuticos y sanitarios en los centros residenciales.**
- **Los destinatarios son aquellas universidades, instituciones de investigación y formación, organizaciones sociales y otros agentes referentes que promuevan la búsqueda de soluciones para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.**

La Fundación Edad&Vida, Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores, convoca la VII edición del Premio Edad&Vida bajo el tema *“Efectividad y Eficiencia en la utilización y gestión de productos farmacéuticos y sanitarios en los centros residenciales”*.

La actualidad pone de manifiesto la constante evolución de los centros residenciales que han pasado de ser centros para residentes de baja dependencia con una asistencia sanitaria mínima a atender a personas que presentan problemas cada vez más complejos y que demandan una alta atención sanitaria, en muchos casos con necesidad de cuidados múltiples.

Los centros residenciales persiguen la mejora y la calidad de todos y cada uno de los ámbitos de atención a las personas mayores. En este sentido, la utilización y gestión de los productos farmacéuticos y sanitarios en el ámbito residencial es objeto de análisis, revisión y de constante mejora, tanto por su implicación asistencial como por su impacto económico.

Los mecanismos de colaboración con otros agentes públicos o privados y los procedimientos de prescripción, suministro, distribución y administración de estos productos, son elementos clave de la utilización y gestión farmacéutica que, cuanto más efectivas y eficientes, más pueden contribuir en la calidad asistencial.

Con el objetivo de promover la búsqueda de soluciones viables y eficaces para la mejora e innovación de la calidad de vida de las personas mayores, la Fundación Edad&Vida convoca, cada año, el Premio Edad&Vida.

En esta ocasión, en su séptima edición, quiere premiar al proyecto cuya finalidad esté dirigida a desarrollar y agilizar la gestión de los productos farmacéuticos y sanitarios en los centros residenciales, y en consecuencia, a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, garantizando una correcta atención sanitaria. La iniciativa ganadora contará con 30.000 euros que tendrá que destinar íntegramente al desarrollo del proyecto presentado.

La presente convocatoria está destinada a universidades, instituciones de investigación y formación, organizaciones sociales y otros agentes referentes que promuevan la búsqueda de soluciones para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Los proyectos presentados deberán ser innovadores y de nueva creación y en ningún caso se considerarán aquellos que ya hayan sido objeto de difusión o publicación.

El plazo para la presentación de propuestas al Premio Edad&Vida es hasta el 15 de junio de 2010 y el premio se entregará en la Cena Anual de Edad&Vida el 30 de septiembre de 2010. El Jurado de esta edición está compuesto por personas de reconocido prestigio del ámbito universitario, de la administración pública, de importantes organizaciones empresariales y líderes de opinión del sector de las personas mayores.

Los ganadores de las ediciones anteriores han sido: el Departamento de Economía y Hacienda Pública de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Autónoma de Madrid (2004), el Centro de Análisis Económico y de Política Social de la Universitat de Barcelona (2005), el Instituto de Biomecánica de Valencia (2006), el Departamento de Dirección de Marketing de ESADE (2007), el Grupo de Investigación en Gerontología de la Universidad de A Coruña (2008) y La Universidad de Extremadura (2009).

Sobre Fundación Edad&Vida

Es una fundación privada apolítica cuya misión es promover desde las empresas de diversos sectores, en colaboración con instituciones de investigación y formación y organizaciones de personas mayores, la búsqueda de soluciones para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Su razón de ser es facilitar corresponsabilidad y equilibrio, entre sector público y la iniciativa privada, con el fin de dar respuesta a los retos económicos y sociales del cambio demográfico.

Sus actividades están realizadas desde una perspectiva empresarial, promoviendo la reflexión de manera que se cree un estado de opinión independiente y se mejoren los comportamientos de los actores en el entorno de las personas mayores.



11 May 2010
EMA/COMP/270496/2010
Human Medicines Development and Evaluation

Monthly report

Committee for Orphan Medicinal Products (COMP)

5-6 May 2010

The Committee for Orphan Medicinal Products held its 112th plenary meeting on 5-6 May 2010.

On 3-4 May the Agency celebrated the 10th anniversary of the implementation of the European Orphan Regulation. The meeting had participants from the European Parliament, the European Commission, international and European regulatory agencies, members of the Committee for Orphan Medicines (COMP), patient groups, health professionals, and pharmaceutical industry. The participants reviewed the impact of ten years of orphan medicines legislation and discussed future opportunities and challenges for orphan medicinal products. A press release from the conference will be published very shortly on the Agency website and some of the presentations will be made available.

Orphan medicinal product designation

The COMP adopted 7 positive opinions recommending the following medicines for designation as orphan medicinal products to the European Commission:

For all positive opinions the review began on 5 March 2010 with an active review time of 62 days:

- **(3S)-3-{4-[7-(aminocarbonyl)-2H-indazol-2-yl] phenyl} piperidine tosylate monohydrate salt** for treatment of ovarian cancer, Merck Sharp & Dohme Limited –
- **3-(6-(1-(2,2-difluorobenzo [d] [1,3] dioxol-5-yl)cyclopropanecarboxamido)-3-methylpyridin-2-yl)benzoic acid** for treatment of cystic fibrosis, Voisin Consulting S.A.R.L.
- **Bosutinib** for treatment of chronic myeloid leukaemia, Wyeth Europa Limited
- **Dexamethasone (intravitreal implant)** for treatment of non-infectious uveitis affecting the posterior segment of the eye, Allergan Pharmaceuticals Ireland
- **Everolimus** for treatment of tuberous sclerosis, Novartis Europharm Limited
- **Midostaurin** for treatment of mastocytosis, Novartis Europharm Limited



- **Pyr-His-Trp-Ser-Tyr-D-Lys(doxorubicinylglutarate)-Leu-Arg-Pro-Gly-NH₂, acetate salt** for treatment of ovarian cancer, Æterna Zentaris GmbH

Negative opinions

No negative opinions were adopted recommending the refusal of the orphan medicinal product designation.

Other information on the orphan medicinal product designation

Lists of questions

The COMP adopted 6 lists of questions on initial applications. These applications will be discussed again at the next COMP meeting prior to adoption of the opinion.

Oral hearings

3 oral hearings took place.

Appeal

Currently no appeal procedures are ongoing.

Withdrawals of applications for orphan medicinal product designation

The COMP noted that three applications for orphan medicinal product designation were withdrawn.

Detailed information on the orphan designation procedure

An overview of orphan designation procedures since 2000 is provided in Annex 1.

No new decisions on orphan designation¹ have been given by the European Commission since the last COMP meeting.

Applications for marketing authorisation for orphan medicinal products

Details of those designated orphan medicinal products that have been subject of a new community marketing authorisation application through the centralised procedure since the last COMP plenary meeting are normally provided together with this press release. Since the last Committee meeting no new procedures for marketing authorisation for orphan designated products have started.

Details on the opinions for marketing authorisation for orphan medicinal products adopted by the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) can be found in the CHMP monthly report on the Agency's website.

Article 5 (12) of Regulation (EC) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council

No opinions were discussed under this procedure.

¹ Details of all orphan designations granted to date by the European Commission are entered in the Community Register of Orphan Medicinal Products http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/pharmaceuticals/documents/community-register/html/index_en.htm

Upcoming meetings

- The 113th meeting of the COMP will be held on 1 to 3 June 2010.

Other matters

The main topics addressed during the meeting related to:

- The Committee adopted the topics to be included in the agenda of the upcoming informal COMP meeting to be held on 16-17 June 2010 in Barcelona.
- The Committee was informed about the Policy on scientific publication and representation for European Medicines Agency's scientific committees and their members.
- A discussion took place on the proposal for a job description of patient representatives in Agency committees. The members of the Committee will provide comments.
- Due to the high number of applications received the Committee will held a three day meeting in June.

Note

This monthly report, together with other information on the work of the European Medicines Agency, can be found on the Agency's website: www.ema.europa.eu

Contact our press officers

Martin Harvey Allchurch or Monika Benstetter

Tel. +44 (0)20 7418 8427

E-mail: press@ema.europa.eu

Overview for orphan medicinal product designation procedure since 2000

Year	Applications submitted	Positive COMP opinions	Applications withdrawn	Final negative COMP opinions	Designations granted by Commission
2010	54	40	23	2	29
2009	164	113	23	1	106
2008	119	86	31	1	73
2007	125	97	19	1	98
2006	104	81	20	2	80
2005	118	88	30	0	88
2004	108	75	22	4	72
2003	87	54	41	1	55
2002	80	43	30	3	49
2001	83	64	27	1	64
2000	72	26	26	0	14
Total	111414	7677	29272	16	728



ROCHE Y BIOGEN IDEC ANUNCIAN SU DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL PROGRAMA CLÍNICO DE DESARROLLO OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Roche (SIX: RO, ROG; OTCQX: RHHBY) and Biogen Idec (NASDAQ: BIIB) yesterday announced their decision to discontinue the ocrelizumab clinical development programme in patients with rheumatoid arthritis (RA).

Following a detailed analysis of the efficacy and safety results from the RA programme, the companies concluded that the overall benefit to risk profile of ocrelizumab was not favourable in RA taking into account the currently available treatment options.

The ocrelizumab RA program included four Phase III studies (SCRIPT, FILM, FEATURE, and STAGE). Most recent analysis included available safety and efficacy data from the SCRIPT Phase III study in patients with previous inadequate response (IR) to TNF-inhibitors and safety data from the Phase III FILM study in patients who were methotrexate (MTX) naïve.

Steps are being taken to inform physicians involved in RA clinical trials to continue patient monitoring as defined in the study termination protocols.

Results from the Phase III ocrelizumab RA programme will be made available to the medical community at an appropriate medical forum.

Ocrelizumab is also being evaluated for relapsing remitting multiple sclerosis (RRMS). Treatment in the ocrelizumab RRMS Phase II study is ongoing and data from this study will be submitted for presentation at the upcomingECTRIMS conference.

“We thank the investigators and patients who participated in the RA clinical studies. Although this outcome is disappointing for patients, Roche remains committed to the development of treatments for RA,” said Hal Barron, M.D., executive vice president, Global Development and chief medical officer, Roche.

In March, Roche and Biogen Idec announced the suspension of treatment in the ocrelizumab RA program. This decision followed a recommendation from the independent ocrelizumab RA & Lupus Data and Safety Monitoring Board (DSMB). The DSMB concluded that the safety risk outweighed the benefits observed in these specific patient populations at that time based on an infection related safety signal which included serious infections, some of which were fatal, and opportunistic infections. Subsequently, the U.S. Food and Drug Administration (FDA) placed the RA studies on clinical hold.

About ocrelizumab

Ocrelizumab is a humanised molecule which selectively targets CD20 positive B cells and has been developed specifically for use in autoimmune diseases such as RA. Ocrelizumab interferes with the inflammatory cascade in RA, inhibiting the series of reactions which lead to the symptoms and irreversible joint damage experienced by people with RA.

About the ocrelizumab RA programme

Two ocrelizumab dose levels have been studied in the phase III RA programme across the various patient populations.

STAGE (DMARD-IR population), and SCRIPT (TNF-IR population) studies are Phase III, international, randomised, double-blind placebo controlled, parallel group studies, consisting of a 48-week double-blind treatment period followed by an open label study extension period. During the double-blind treatment periods, patients received 2 courses at 6 month intervals of either ocrelizumab (at a dose of 2 infusions of 200mg or 2 infusions of 500mg) or placebo by intravenous infusion on days 1 and 15 as well as week 24 and 26, with traditional DMARD(s) as a background therapy. Eligible patients in the study extension period could receive open label treatment with ocrelizumab 500mgx2 at the investigators discretion.

FILM is a Phase III, double-blind placebo controlled, parallel group study with a 2 year double-blind treatment period, followed by an open label study extension period. Patients at baseline received either MTX or MTX and ocrelizumab 200mg (2 infusions) or 500mg (2 infusions). Retreatment was given every 6 months. After week 104, patients could receive open label ocrelizumab at 500mg (2 infusions) every 6 months in the extension period.

FEATURE is a Phase IIIb international randomised, double blind, parallel group study, consisting of a 24-week double-blind placebo-controlled treatment period, followed by a further 24 week double-blind period (not placebo controlled) and a study extension. FEATURE involved patients with active RA who had 3/4

previously had an inadequate response to treatment with DMARDs and or in previous biologics. During the double-blind placebo-controlled, 24 week treatment period, all patients continued to receive MTX as background therapy and were randomized to one of the following:

- Single infusion of 400mg ocrelizumab on day one and placebo on day 15
- 200mg ocrelizumab infusions on days one and 15
- Placebo infusions on days one and 15

About RA

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease characterized by inflammation that leads to stiff, swollen and painful joints. This can lead to irreversible joint damage and disability. More than 20 million people worldwide and twice as many women as men suffer from RA.

In addition to inflammation of the joints, such as the hands, feet and wrists, RA can cause fatigue, heart disease and increase the likelihood of developing other complications such as osteoporosis, anaemia, and problems with the lungs and eyes. It can shorten life expectancy by around 6-10 years.

About Roche

Headquartered in Basel, Switzerland, Roche is a leader in research-focused healthcare with combined strengths in pharmaceuticals and diagnostics. Roche is the world's largest biotech company with truly differentiated medicines in oncology, virology, inflammation, metabolism and CNS. Roche is also the world leader in in-vitro diagnostics, tissue-based cancer diagnostics and a pioneer in diabetes management. Roche's personalised healthcare strategy aims at providing medicines and diagnostic tools that enable tangible improvements in the health, quality of life and survival of patients. In 2009, Roche had over 80'000 employees worldwide and invested almost 10 billion Swiss francs in R&D.

The Group posted sales of 49.1 billion Swiss francs. Genentech, United States, is a wholly owned member of the Roche Group. Roche has a majority stake in Chugai Pharmaceutical, Japan. For more information: www.roche.com.



PFIZER ANUNCIA UN PLAN GLOBAL PARA RECONFIGURAR SU ORGANIZACIÓN DE FÁBRICAS EN TODO EL MUNDO

- **Para 8 fábricas se recomienda la desaparición, se recomiendan reducciones de plantilla en 6 plantas y hay operaciones de expansión en otras**

Pfizer Global Manufacturing announced today plans to reconfigure its worldwide plant network to create a fully aligned manufacturing and supply organization from the combined networks of Pfizer and Wyeth. This implementation of the first phase of Pfizer's previously announced Plant Network Strategy includes recommendations to cease operations at eight manufacturing sites in Ireland, Puerto Rico, and the United States by the end of 2015, as well as to reduce operations at six other plants in Germany, Ireland, Puerto Rico, the United Kingdom, and the United States.

The planned reductions will increase manufacturing efficiency and lower costs by more effectively using resources and technology, improving plant processes, eliminating excess capacity, and better aligning production with market demand. These changes will result in a global reduction of approximately 6,000 jobs over the next several years. Product transfers will expand the roles of a number of plants in Pfizer's manufacturing network.

"The restructuring of our global plant network is critical to our efforts to remain competitive so that we can continue to meet patient needs and expand the access and affordability of our medicines," said Pfizer Global Manufacturing President Nat Ricciardi. "Nevertheless, today's announcement is very difficult to make because of its impact on our colleagues," Mr. Ricciardi added. "We have a tremendous global workforce and some of the best manufacturing facilities in the industry. But we must continue to adjust to the fast-changing and extremely competitive environment in which we operate. That means realigning our network and reducing our manufacturing capacity so that we can position Pfizer for the next phase of growth across biopharmaceuticals and our diversified business portfolio." The announcement is the culmination of an intense half-year evaluation of sites that manufacture aseptic (injectable), solid-dose, and biotechnology medicines, as well as consumer healthcare products. Pfizer plans to discontinue manufacturing operations over the next 18 months to five years at three solid-dose sites that manufacture tablets and capsules: Caguas in Puerto Rico; Loughbeg in Ireland; and Rouses Point, N.Y., in the United States. (Wyeth had previously announced in 2005 that it would exit and sell the Rouses Point site.) The company also plans to phase out pharmaceutical solid-dose manufacturing at Guayama, Puerto Rico, and that site will expand its Consumer Healthcare operations.

Two aseptic facilities that make sterile injectable medicines are targeted for exit: Dublin, Ireland; and Carolina, Puerto Rico. Reductions are planned at two other solid-dose facilities: Illertissen, Germany and Newbridge, Ireland. While Pfizer's biotechnology portfolio continues to grow significantly, the company also proposes changes at its sites that manufacture vaccines and large-molecule medicines to improve efficiencies, capitalize on process and productivity improvements and new technology, and to simplify the supply chain. Pfizer plans to exit operations in Shanbally, Ireland, as well as biotechnology manufacturing in Pearl River, N.Y., in the United States. Plants in Sanford, N.C., and Andover, Mass., in the United States and Havant, in the United Kingdom, also expect to see reductions. Pfizer plans to cease production of consumer healthcare products at its plants in Richmond, Va., and Pearl River in the United States. The Pearl River site will remain Pfizer's Center of Excellence for Vaccine Research and Development, as previously announced. Consumer Healthcare R&D also will continue in Richmond. In both Pearl River and in Richmond, R&D jobs will be unaffected by the planned manufacturing exits. The timing of specific exits will depend upon the complexity of operations, the amount of time required for product transfers, and other business requirements.

In an effort to preserve jobs and minimize the impact to communities, Pfizer will explore opportunities to divest plants in the event operations are discontinued. Success will depend a number of market factors, including present demand for pharmaceutical manufacturing facilities.

“We are keenly aware of the impact these types of changes have on employees and their families,” Mr. Ricciardi said. “We will provide support to our colleagues who lose their jobs so that their transition to new careers is as smooth as possible.” Pfizer’s solid-dose network will include plants in Freiburg, Germany; Amboise, France; Vega Baja and Barceloneta, Puerto Rico; Ascoli, Italy; Newbridge, Ireland; and Illertissen, Germany. Plants in Puurs, Belgium; Perth, Australia; Catania, Italy; and Kalamazoo, Mich., in the United States will make up the aseptic network.

The biotechnology network will consist of sites in Grange Castle, Ireland; Strangnas, Sweden; Algete (Madrid), Spain; Havant, United Kingdom; and Andover, Mass. and Sanford, N.C., in the United States. The Consumer Healthcare network will include plants in Guayama, Puerto Rico; Montreal, Canada; Albany, Ga., in the United States; Aprilia, Italy; Hsinchu, Taiwan; and Suzhou, China. Evaluations of Pfizer’s Animal Health manufacturing sites are presently underway. Recommendations are expected by the end of June. Studies of the Nutrition and Emerging Markets plant networks will begin later this year. Pfizer Global Manufacturing presently operates 78 plants internationally with a workforce of approximately 33,000 colleagues. It is one of the world’s preeminent biopharmaceutical supply organizations.

Recommended Site Exits:

- Caguas, Puerto Rico (solid-dose)
- Carolina, Puerto Rico (aseptic)
- Dublin, Ireland (aseptic)
- Loughbeg, Ireland (solid-dose)
- Shanbally, Ireland (biotechnology)
- Rouses Point, N.Y. (solid-dose)
- Richmond, Virginia (consumer healthcare manufacturing targeted for exit; R&D operations to remain in Richmond)
- Pearl River, N.Y. (proposed exit of biotechnology and consumer healthcare manufacturing; vaccines and biotherapeutics vaccines R&D will remain active at this site)

Recommended Plant Reductions:

- Guayama, Puerto Rico (phase-out of pharmaceutical solid dose operations planned; volume increases in consumer healthcare)
- Newbridge, Ireland (solid-dose)
- Andover, Mass., U.S. (biotechnology)
- Sanford, N.C., U.S. (biotechnology)
- Havant, UK (biotechnology)
- Illertissen, Germany (solid-dose)

→ **Pfizer Inc: Working together for a healthier world™.**- At Pfizer, we apply science and our global resources to improve health and well-being at every stage of life. We strive to set the standard for quality, safety and value in the discovery, development and manufacturing of medicines for people and animals. Our diversified global health care portfolio includes human and animal biologic and small molecule medicines and vaccines, as well as nutritional products and many of the world’s best-known consumer products. Every day, Pfizer colleagues work across developed and emerging markets to advance wellness, prevention, treatments and cures that challenge the most feared diseases of our time. Consistent with our responsibility as the world’s leading biopharmaceutical company, we also collaborate with health care providers, governments and local communities to support and expand access to reliable, affordable health care around the world. For more than 150 years, Pfizer has worked to make a difference for all who rely on us.

Hasta un 80% de las personas diagnosticadas con glaucoma no usa sus medicamentos según lo prescrito¹

CUMPLE 365 CON EL TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA

- Programa que aboga por el cumplimiento terapéutico en esta enfermedad, www.cumple365.com
- No cumplir el tratamiento puede provocar ceguera en un 10% de los casos³
- Hasta el 50% de los pacientes abandona el tratamiento a los 6 meses² de iniciarlo

“Con cada gota que olvida un paciente con glaucoma, está facilitando el empeoramiento de la enfermedad. Los pacientes tienen que ser conscientes de ello y nosotros debemos hacer un esfuerzo a la hora de remarcar al paciente lo importante que es para ellos usar su medicación regularmente. Es fácil que los pacientes se olviden de utilizar sus gotas cuando no tienen síntomas claros de pérdida de visión”, indica el **doctor Francisco Javier Goñi**, Jefe del Servicio Integrado de Oftalmología de los Hospitales de Granollers, Mollet y Sant Celoni, y co-director del Barcelona Glaucoma Centre, asociado al Instituto Oftalmológico de Barcelona. Se puede estimar que, en España, existen entre 350.000 y 400.000 personas en tratamiento con fármacos hipotensores oculares, incluyendo personas con glaucoma e hipertensos diagnosticados.

CUMPLE 365 es un programa de Pfizer que ofrece soluciones de cumplimiento tanto para el oftalmólogo como para el paciente que ha sido diagnosticado con esta patología. En palabras del **doctor Goñi** “*Si el paciente entiende las consecuencias de olvidar el tratamiento, es más fácil que se convierta en parte activa de la solución y comunique a su médico las dificultades que encuentra a la hora de cumplir con la terapia, lo que nos facilitará el ayudarlo*”.

“Es aconsejable ayudar al paciente a buscar las maneras de recordar que las gotas se han de poner cada día. Recomendar, por ejemplo, que se asocie el tratamiento a alguna rutina diaria a la que se sea especialmente fiel, o vincularlo activamente a un familiar que conviva con el paciente. Se debe insistir en que cada gota cuenta”, añade el **doctor Goñi**.

Programa CUMPLE 365

El programa CUMPLE365, que forma parte de una campaña europea denominada Love Sight, pone a disposición de los oftalmólogos y de los pacientes una página web, www.cumple365.com, donde encontrar todos los materiales que ayudarán a cumplir con el tratamiento.

El programa ofrece, por un lado, un kit de cumplimiento para el paciente que incluye una tarjeta de cumplimiento del tratamiento para llevar un control metódico sobre las dosis administradas. Está demostrado que los pacientes olvidan su medicación más de dos veces por semana, lo que ocasiona un empeoramiento significativo de su visión. Por ello incluye también un chip recordatorio que ayuda a avanzar en el tratamiento semanalmente, los 365 días del año.

Un aspecto de gran importancia en el cumplimiento terapéutico es que el oftalmólogo pueda detectar el incumplimiento por parte del paciente en las revisiones periódicas. Debe existir una clara comunicación medico-paciente como manera fundamental para conocer las razones por las cuales los pacientes no cumplen con el tratamiento. CUMPLE 365 incluye material para ayudar al oftalmólogo a detectar a los pacientes no cumplidores:

- Un CD con la guía rápida de identificación de no cumplidores, videos con ejemplos y todos los folletos y materiales de ayuda imprimibles.
- Un Block-Cuestionario para valorar el grado de cumplimiento de los pacientes mediante unas preguntas.
- La Guía Rápida de Comunicación, con los pasos que se deben seguir para detectar, identificar y actuar frente a los problemas de cumplimiento.

“La carencia de síntomas en los estadios iniciales de la enfermedad tiene como consecuencia que el paciente no consulte al doctor hasta que nota los primeros síntomas de pérdida de visión. Así, es frecuente que cuando diagnosticamos un glaucoma la enfermedad lleve ya diez o quince años, lo que pone de manifiesto la importancia de realizar de manera correcta el tratamiento para evitar que evolucione hacia la ceguera”.

→ **Pfizer, “Trabajando juntos por un mundo más sano”.**- Fundada en 1849, Pfizer es la mayor compañía biomédica que impulsa nuevas iniciativas en favor de la salud. En Pfizer, descubrimos, desarrollamos y ponemos a disposición de los pacientes y de los profesionales sanitarios medicamentos eficaces, seguros y de calidad, para tratar y ayudar a prevenir enfermedades, de personas y de animales. También, trabajamos junto a los profesionales y las autoridades sanitarias para garantizar el acceso a nuestras medicinas, y para ofrecer mejor asistencia sanitaria y apoyo a los sistemas de salud. En Pfizer, todos los colaboradores trabajamos cada día para ayudar a las personas a tener una vida más sana y a disfrutar de mayor calidad de vida.

Referencias

1. Nordstrom BL, Friedman DS, Mozaffari E, et al. Persistence and adherence with topical glaucoma therapy. Am J Ophthalmol 2005; 140: 598-606
2. Lee BW et al. Predictors of and barriers associated with poor follow-up in patients with glaucoma in South India. Arch Ophthalmol. 2008;126(10):1448-54.
3. Ashburn FS, Goldberg I, Kass. Compliance with ocular therapy. Surv Ophthalmol 1980; 24; 237-248.

III Jornadas de Gestión aplicada a la Farmacia Hospitalaria. “Mejora del liderazgo personal, el liderazgo de equipos y de procesos de cambio”.

“LA CRISIS GENERA UNA NUBE MENTAL QUE DISPARA LAS INSEGURIDADES, BLOQUEANDO LOS EQUIPOS DE TRABAJO”

- **“Todos tenemos un potencial orangután dentro que se desmadra a la primera de cambio y que puede crear muchos destrozos” (Prof. Luis Huete).**
- **Un equipo funciona cuando son efectivos los canales de comunicación entre las personas a pesar de sus diferencias; cuando existe un cierto respeto intelectual por la gente que piensa de manera distinta a como lo hace uno; cuando se sabe ceder y negociar y, por último, cuando existe una razón de futuro por la cuál compense hacer el esfuerzo de limar diferencias.**
- **Estas jornadas giran en torno al liderazgo personal y el liderazgo de los equipos, ya que en un momento de crisis como en el que nos encontramos, éste es fundamental para salir victoriosos de la misma.**
- **Las ponencias que impartirá el prestigioso Prof. Luis Huete sobre la gestión de las personas en un equipo de trabajo serán aplicadas al Servicio de Farmacia de los hospitales españoles. De esta forma, el centenar de farmacéuticos de hospital asistentes a estas III Jornadas podrá evaluar cómo es la gestión de equipo dentro de su Servicio.**



Del 19 al 21 de mayo se celebra en La Granja de San Ildefonso (Segovia) las III Jornadas de Gestión aplicada a la Farmacia Hospitalaria, patrocinadas por Gilead Sciences S.L. Este tercer encuentro gira en torno al liderazgo personal y el liderazgo de los equipos, ya que en un momento de crisis como en el que nos encontramos, éste es fundamental para salir victoriosos de la misma. El prestigioso Prof. Luis Huete, Asesor de Alta Dirección y Profesor

IESE Business School, explica que un equipo es un estado de ánimo y éste a la vez, es resultado de la claridad en el qué, cómo y el por qué de la actividad que se realiza. Un buen líder debe aportar claridad y mejorar el estado anímico de sus equipos.

“En épocas de crisis se genera una especie de nube mental que impide ver mucho más allá del día a día y que dispara las inseguridades, y por tanto, los bloqueos de los equipos. Son momentos en donde se necesita que los líderes aporten más claridad que nunca para hacer que la efectividad no sólo no sufra sino que aumente”, matiza el Profesor Huete. Las etapas de crisis son, por tanto, momentos en donde es más necesario que nunca que “los equipos directivos tengan espacios para pensar y decidir sobre el futuro, sobre los procesos de transformación, el modelo de personas, etc”.

Para que un equipo obtenga buenos resultados es fundamental que el líder distribuya el trabajo y la responsabilidad entre sus miembros. En este sentido, en la reunión se abordará la gestión por competencias, donde se evalúan las competencias personales específicas para cada puesto de trabajo con el objetivo de favorecer el crecimiento personal de los empleados. Otro de los temas principales que será abordado en las III Jornadas sobre gestión aplicada a la Farmacia Hospitalaria es el diagnóstico de las **capacidades personales** de los miembros de un equipo. Entre estas capacidades se incluirían el liderazgo, la capacidad para ser feliz, de relacionarse con los demás, de mantener una conversación, de ser organizado, emprendedor, etc...

En este sentido, Luis Huete explica que **la clave está en tener equipos con capacidades complementarias** (unos más racionales, otros más emocionales; unos más pegados al terreno, otros más pendientes de lo que pasa fuera de la institución, etc..) y en hacer que esa diversidad funcione adecuadamente, algo que se consigue **“cuando son efectivos los canales de comunicación entre las personas a pesar de sus diferencias; cuando existe un cierto respeto intelectual por la gente que piensa de manera distinta a como lo hace uno; cuando se sabe ceder y negociar y, por último, cuando existe una razón de futuro por la cuál compense hacer el esfuerzo de limar diferencias”**.

Por último, también se hará una valoración exhaustiva de cuál es **la energía que mueve a las personas y a los equipos**. Y es que, cada equipo, dependiendo de las capacidades personales de sus miembros, del ambiente de trabajo, del tipo de servicio que ofrecen y de los resultados que se deben obtener, debe ser motivado de forma diferente para conseguir los objetivos esperados. Cada vez es más obvio que el ser humano no ha cambiado notablemente en sus reacciones básicas durante los últimos siglos.

Explica el Prof. Huete que “somos muy sencillos de entender. La clave está en las bases psicológicas de la conducta. **Todos tenemos un potencial orangután dentro que se desmadra a la primera de cambio y que puede crear muchos destrozos. Por fortuna también tenemos dentro la posibilidad de ser una persona sensata e inteligente que genere progreso humano con su inteligencia práctica**”. Las instituciones deberían diseñar sistemas de gestión que fomenten el que compense ser un buen trabajador. Ni se nos puede exigir ser héroe, ni se debería fomentar las conductas de vagos o malvados. Estas ponencias sobre la gestión de las personas serán aplicadas al Servicio de Farmacia de cada uno de los asistentes. De esta forma, el centenar de farmacéuticos de hospital presentes en las Jornadas podrá evaluar cómo es la gestión de equipo dentro de su Servicio y aplicar los cambios que consideren oportunos para mejorar la relación entre las personas, analizar las capacidades personales de cada una y conseguir de esta forma, una evolución del equipo y una mejora de los resultados como consecuencia de esta mejoría en la gestión.

Liderazgo en Farmacia Hospitalaria

El Dr. Joaquín Giráldez, Coordinador de estas Jornadas y Director del Servicio de Farmacia de la Clínica Universidad de Navarra, explica que el Jefe de Servicio debe hablar con el equipo de la situación de crisis e informarles sobre los riesgos y las oportunidades que hay en estas situaciones. **“Nuestra misión es la de ofrecer a los miembros del equipo todo el apoyo en las circunstancias desfavorables que se puedan presentar. Pedirles flexibilidad y fortaleza ante los posibles efectos negativos que puedan producirse y que mantengan sin desánimo la capacidad de realizar muy bien el trabajo y el sentido de equipo del Servicio de Farmacia”**. El Dr. Giráldez recomienda además que trabajen para los pacientes y para el resto de los equipos sanitarios del Hospital y que procuren que no haya actitudes derrotistas en las conversaciones. Que sean realistas. **“Con diálogo, trabajo intenso y apoyo entre todos pueden paliarse e, incluso, superarse con éxito las dificultades que se puedan presentar”**, matiza el coordinador de estas III Jornadas.

Para conseguirlo, hay que orquestar las capacidades personales del equipo de trabajo que se está liderando. Esta es una de las misiones más difíciles del Jefe del Servicio de Farmacia Hospitalaria porque tiene que conseguir que todos rindan al máximo, se sientan necesarios y complementarios. Para ello, explica el especialista de Navarra, **“el Jefe de Servicio tiene que analizar las competencias personales y profesionales de cada persona del equipo y tratar de conseguir que cada uno responda de la mejor manera posible con los objetivos del Servicio de Farmacia y del hospital en un ambiente de trabajo intenso, en el que impere el esfuerzo, la constancia, la amistad, el compañerismo y la ilusión profesional”**.



Además, deberá impulsar la formación continuada de todos ellos para incrementar sus competencias y evitar las rutinas en el día a día. En este sentido, tiene que recordarles periódicamente lo que se pretende que hagan y animarles a conseguir los objetivos. Debe disponer de algún instrumento de medida de la calidad del trabajo que realiza el equipo del Servicio de Farmacia en las diferentes actividades que lleva a cabo en el hospital y **“me parece necesario comunicarles los resultados que se van obteniendo, para corregir las desviaciones y potenciar los logros que se consigan. Hay que cuidar, especialmente, el buen trato con todos y las relaciones humanas. Todos tenemos que sentirnos importantes, cada uno en su sitio”**, explica el Dr. Giráldez.

Coordinar a todo el equipo humano es una tarea complicada, máxime si tenemos en cuenta el incremento en el número de personas que trabajan en los Servicios de Farmacia y la diversidad profesional del equipo: farmacéuticos especialistas, residentes, economistas, químicos, becarios, enfermeras, técnicos, administrativos, secretarías, auxiliares, sanitarios, etc..., teniendo en consideración la dependencia de cada uno de ellos (la dirección médica, de enfermería, etc).

Junto con el Dr. Giráldez, han participado en la coordinación de estas III Jornadas de Gestión aplicada a la Farmacia Hospitalaria, **“Mejora del liderazgo personal, el liderazgo de equipos y de procesos de cambio”**, el **Dr. José Luis Poveda, Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital La Fe, de Valencia**; la **Dra. M^a Antonia Mangués, Directora del Servicio de Farmacia del Hospital San Pau de Barcelona**; la **Dra. María Sanjurjo, Jefa del Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid** y la **Dra. Ana Herranz Alonso, miembro del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón**.

UN NUEVO ESTUDIO IDENTIFICA CANDIDATOS PROMETEDORES PARA DESARROLLAR NUEVOS MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA

- Un estudio publicado en *Nature* indica que los inhibidores de la proteína kinasas y ciertas dianas en los glóbulos rojos de la sangre suponen nuevas y prometedoras vías de investigación

Investigaciones realizadas por GlaxoSmithKline (GSK) y publicadas ayer miércoles en la revista *Nature*¹ identifican prometedoras nuevas moléculas para desarrollar medicamentos contra la malaria. Estas investigaciones se basan en el cribado, durante más de un año, de los más de 2 millones de compuestos de la colección de GSK, con el fin de identificar aquellos que pudieran inhibir el parásito de la malaria, *P. falciparum*. El artículo de *Nature* describe las estructuras y el análisis de los más de 13.500 compuestos más potentes (*hits*).

Entre los compuestos con mecanismo de acción previamente conocido los más numerosos son los inhibidores de kinasas. Los autores sugieren que estos compuestos abren la puerta a estrategias terapéuticas innovadoras contra la malaria. En el artículo de opinión que acompaña a la publicación en *Nature*², David A. Fidock, de los Departamentos de Microbiología, Inmunología y Medicina (enfermedades infecciosas) del Centro Médico de la Universidad de Columbia (Nueva York), ha comentado: “Este hallazgo constituye una nueva vía de investigación importante para el desarrollo de nuevos medicamentos antimaláricos, lo que podría aprovecharse de los grandes colecciones de compuestos ya desarrollados contra las proteína kinasas en otras áreas terapéuticas”.

El estudio también ha identificado compuestos que pueden inhibir procesos en los glóbulos rojos de la sangre necesarios para la supervivencia del parásito. Esto abre una nueva posibilidad de luchar contra la infección buscando interrumpir estos procesos en los glóbulos rojos, en vez de inhibir directamente el propio parásito de la malaria.

GSK tiene el compromiso de promover la investigación en enfermedades tropicales olvidadas como la malaria, que asolan los países en desarrollo. En enero de 2010, como parte del compromiso de la compañía de promover la innovación en esta área, GSK anunció su intención de compartir por medio de herramientas on-line, los resultados y las estructuras químicas identificadas con el cribado de los 2 millones de compuestos de su colección frente al parásito que causa la malaria.

Desde ayer, los 13.533 “hits” están disponibles en webs públicas, siendo esta la primera vez que una compañía farmacéutica pone a disposición pública las estructuras de tantos compuestos. Más del 80% de estas moléculas han sido sintetizadas en GSK, por lo que esta información será novedosa para la comunidad científica.

Todas estas estructuras químicas están disponibles online en el *European Bioinformatics Institute* (EMBL-EBI), en *Collaborative Drug Discovery* (CDD) y en *PubChem* (*National Library of Medicine*). Junto con los datos y el análisis publicado en *Nature*, la comunidad investigadora mundial tiene ahora a su disposición decenas de miles de herramientas químicas para apoyar su investigación sobre esta enfermedad letal que mata un niño en África cada 30 segundos.

“El mundo necesita con urgencia nuevos medicamentos para combatir la malaria”, ha dicho el Dr. Patrick Vallance, director de *Drug Discovery* de GSK. “Estos datos nos proporcionan a nosotros y a otros investigadores de todo el mundo nuevos caminos a seguir. Esperamos que esta información lleve a realizar más estudios sobre la enfermedad e invitamos a todos los investigadores a añadir sus resultados a la base de datos del EBI para establecer una abierta colaboración mundial para expandir nuestro conocimiento colectivo y desarrollar nuevos medicamentos”.

Los resultados

Los datos incluyen los ‘hits’ o resultados del cribado de 2 millones de compuestos de la colección de GSK para determinar su efecto sobre el parásito de la malaria. El proyecto identificó aproximadamente 13.500 compuestos que inhibían potentemente el parásito. Los resultados incluyen las familias químicas que GSK está investigando en la actualidad para esta indicación, así como los mecanismos de acción de aquellos compuestos que la compañía ha estudiado previamente en otras áreas terapéuticas. Entre estos últimos los más abundantes son los inhibidores de proteína kinasas. La mayoría de las estructuras químicas encontradas tienen las características necesarias para ser desarrolladas como futuros medicamentos.

Las estructuras químicas y los datos microbiológicos de todos los compuestos se han depositado en bases de datos on-line que son consultadas frecuentemente por la comunidad científica. La base de datos del EBI se ha creado para que investigadores de todo el mundo puedan añadir sus datos a la información ya preexistente, con libre acceso para todos. El valor de la difusión de esta información se multiplica gracias a las herramientas de análisis especializadas aportadas por estas bases de datos, que se ponen a disposición de los investigadores sin coste alguno. GSK agradece el apoyo de *Medicines for Malaria Venture* que ha contribuido a financiar este proyecto.

La malaria

La malaria es una enfermedad potencialmente mortal causada por un parásito que se transmite a las personas a través de la picadura de mosquitos infectados. Cada treinta segundos muere un niño de malaria. En 2009 hubo 243 millones de casos de malaria que causaron, aproximadamente un millón de muertes, principalmente entre los niños africanos.

Los mejores tratamientos disponibles para la malaria –en particular para la especie más mortífera *P. falciparum*– son una combinación de fármacos que contienen artemisinina (ACTs en sus siglas en inglés). Sin embargo, la resistencia del parásito es un problema y está socavando las iniciativas que se ponen en marcha para controlar la enfermedad. No hay actualmente alternativas eficaces a las artemisininas para el tratamiento de la malaria ni comercializadas ni en proceso final de desarrollo.

→ **GlaxoSmithKline.**– GlaxoSmithKline es una de las compañías líder en investigación farmacéutica y en el cuidado de la salud. GlaxoSmithKline está comprometida en mejorar la calidad de vida de las personas haciendo posible que la gente tenga más vitalidad, se sienta mejor y viva más tiempo.

Referencias

1. Francisco-Javier Gamo et al Thousands of chemical starting points for antimalarial lead identification. **Nature** Vol. 465, issue 7296, pp 305-310, DOI: 10.1038/nature09107
2. Fidock, D. Priming the antimalaria pipeline. **Nature** Vol. 465, issue 7296, pp 297-298



La figura del día

CARMEN PEÑA, PTA DEL CONSEJO FARMACÉUTICO; Y
AQUILINO GARCÍA, VOCAL NACIONAL DE ALIMENTACIÓN



HOY COMIENZAN LAS “JORNADAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN”

- **COMO EN UNA METÁFORA DULCEMENTE ESCOGIDA, LA MEJOR PRIMAVERA DE SEVILLA ACOGE DESDE HOY Y HASTA EL SÁBADO LAS JORNADAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN DEL CONSEJO FARMACÉUTICO. UN FORO, EN PRINCIPIO, CON UN CARIZ BASTANTE TÉCNICO, PERO QUE GRACIAS AL ESFUERZO DEL COF DE SEVILLA, CONSEJO ANDALUZ Y CONSEJO FARMACÉUTICO, VA A CONTAR CON UNA ALTA PARTICIPACIÓN Y LA PRESENCIA DE MUCHAS “CARAS CONOCIDAS” DEL SECTOR EN ACTOS COMO LA INAUGURACIÓN DE ESTA TARDE O LA GRAN CENA DE GALA EN EL HOTEL ALFONSO XIII PROGRAMADA MAÑANA VIERNES.**
- **LOS VAIVENES POLÍTICOS VAN A TENER A CARMEN PEÑA PENDIENTE HASTA EL ÚLTIMO MINUTO DE PODER ACUDIR. ES SU DESEO, AUNQUE HASTA QUE EL CONSEJO DE MINISTROS NO RESUELVAN SU TEMIBLE DECRETO, NO PODRÁ DECIDIR. EN CAMBIO, LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA, EN UN FEO GESTO, YA HA DICHO QUE NO MANDARÁ A NADIE, EN UNA “TÁCTICA DEL AVESTRUZ” INSOLITA, INFANTIL Y RIDÍCULA. AL FRENTE DE TODA LA LOGÍSTICA AMPLIA Y CON LA ILUSIÓN DE UN CHAVAL, AQUILINO GARCÍA, QUIEN FUE TESORERO EN LA ÉPOCA DE CAPILLA Y HOY VUELVE A SU VOCALÍA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN LLENO DE GANAS. Y EN DEFINITIVA, LA PERSPECTIVA DE UN ALTO INTERÉS CIENTÍFICO, DE PONENTES Y (CÓMO NO) GASTRONÓMICO.**
- **LA PRESENCIA DE CARMEN PEÑA REALZA LA IMPORTANCIA DE ESTE CONGRESO Y EL ESFUERZO DE TODO EL CONSEJO EN UNAS JORNADAS QUE RESALTAN LA CADA VEZ MAYOR PRESENCIA FARMACÉUTICA EN TODOS LOS ÁMBITOS. Y POR ELLO, AMBOS SON HOY NUESTRAS “FIGURAS DEL DÍA”.**

Con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales han sido almacenados en nuestro fichero automatizado con el fin de remitirle información que puede ser o no comercial. Usted tiene derecho a acceder a sus datos almacenados en nuestro fichero de usuarios, rectificarlos, así como oponerse a su tratamiento. Para ejercitar su derecho de acceso, modificación, cancelación u oposición a su tratamiento le rogamos lo haga a través del correo electrónico a sanifax@sanifax.es



DIARIO ABC



DIARIO EL MUNDO

**REUNION DEL COMITÉ CIENTIFICO DE LA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO**



EL COMITÉ CIENTIFICO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO SE HA REUNIDO ESTA SEMANA EN MADRID PARA EMPEZAR A PREPARAR EL CONGRESO DE ESTE AÑO, QUE SERA COMO SIEMPRE EN OCTUBRE. ARRIBA SE VE JUNTO AL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION, RICARDO DE LORENZO, A JUAN ABARCA CIDON, JULIO SANCHEZ FIERRO, GUILLERMO SIERRA Y A LOS ABOGADOS ALFONSO ATELA Y MANUEL FERNÁNDEZ DE SEVILLA. EN EL CENTRO, MOMENTOS DE LA REUNION CON LA PRESIDENTA DEL COM DE MADRID, JULIANA FARIÑA; EL PROFESOR CESAR NOMBELA; ROBERTO CANTERO, A. ATELA O ANTONIO BASCONES, ENTRE OTROS. ABAJO OTROS MIEMBROS DEL COMITÉ EN ANIMADA CHARLA.

**FERNANDO LAMATA VISITA EL PROYECTO
"FARMAVENIX-PROFARCO" DE COFARES (1)**



Fila 1).- De izda. a dcha: Soledad Muelas, Rafael Esteban, Diego Soto, Carlos González Bosch, presidente de Cofares, Fernando Lamata, consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha y Raúl Sánchez, director del Gabinete del consejero.

Fila 2).- A la izquierda, José Antonio López Arias, Fernando Lamata y Carlos González Bosch. A la derecha, una imagen del aspecto actual del exterior de las instalaciones de OFSA en Marchamalo (Guadalajara).

FERNANDO LAMATA VISITA EL PROYECTO "FARMAVENIX-PROFARCO" DE COFARES (2)



Fila 1).- A la izquierda, Soledad Muelas, consejera de Cofares; Diego Soto, director de Servicios Logísticos del Grupo Cofares; Carlos González Bosch, presidente de Cofares, y Rafael Esteban Santamaría, alcalde de Marchamalo. A la derecha, imagen de la Maqueta del Proyecto.

Fila 2).- Diego Soto explicando los mecanismos de control automático de las instalaciones. A la derecha, Carlos González Bosch y Fernando Lamata en un momento de la visita.

Fila 3).- Diego Soto, y Fernando Lamata atiende a la exposición de la maqueta por parte del presidente de Cofares. A la derecha, Diego Soto realizó una minuciosa explicación de todos los detalles del proyecto de Cofares.



El Avispero

Y AYER, REUNION DE LA FEDERACION DE CLINICAS PRIVADAS PARA HACER BALANCE DEL PRIMER AÑO DE LA NUEVA ERA DE FERNANDO MESA DEL CASTILLO Y SU JUNTA REVITALIZADORA. AUNQUE EN PROXIMOS DIAS HAREMOS UN AMPLIO BALANCE, HAY QUE DECIR QUE LAS COSAS HAN CAMBIADO DE LA NOCHE AL DIA. SE HA RENOVADO LA PRESIDENCIA Y SECRETARIA GENERAL. Y AYER PRECISAMENTE SE RATIFICO COMO NUEVO SECRETARIO GENERAL AL JOVEN JULIO FERNANDEZ LLAMAZARES. Y DE ADJUNTO A LA SECRETARIA GENERAL A MANUEL SANCHEZ (MURCIA).

.....
LUEGO, GABRIEL UGUET INFORMO DEL PLANO INTERNACIONAL Y CÓMO LA FEDERACION DE CLINICAS HA VUELTO A EUROPA DESDE EL CONGRESO DE LISBOA AL RECIENTE DE VENECIA (SOBRE TURISMO Y SALUD). Y AL PROXIMO DE PARIS. RECALCO LA PRESENCIA ESPAÑOLA EN EL CONCIERTO EUROPEO DE CLINICAS. LUEGO LA COMISION DE UNESPA, INTEGRADA POR ANTONIO MONTERO, JESUS MONTOYA, BALTAR, SANTAMARIA Y ERNESTO SAN FRANCISCO INFORMO DE LAS RELACIONES CON LAS COMPAÑIAS DE SEGURO. FINALMENTE SE APROBO EL PRESUPUESTO EN TORNTO A LOS 230.000 EUROS, QUE SE ANTOJA MUY ESCASO, PUES EL DE LA OMC, QUE ES MUCHISIMO MENOS IMPORTANTE, PASA DE LOS 1.000 MILLONES DE PESETAS. LA IDEA DE MESA DEL CASTILLO ERA APROBAR UNA SUBIDA, PERO CON LA CRISIS...

.....
ELISEO MORENO (CSIF) SE ESTA CONVIRTIENDO EN TODO UN LIDER SANITARIO. YA HA EDITADO 10.000 TARJETAS PARA ADHERIRSE AL MANIFIESTO DE CSIF EN DEFENSA DE MUFACE. LA CAMPAÑA VA A DURAR HASTA FINAL DE JUNIO. CON ESPECIAL INCIDENCIA EN COLEGIOS E INSTITUTOS, QUE ES EL AREA QUE MAS DOMINA ELISEO. EL OBJETIVO ES LOGRAR 100.000 FIRMAS QUE LLEVAR AL D.G. DE MUFACE, FERNÁNDEZ LACASA, EN DEFENSA DEL MODELO. ADEMÁS, ELISEO MORENO VA A ESCRIBIR A MENCHU PEÑA Y ALBERTO GARCÍA ROMERO PARA RECABAR SU APOYO EN DEFENSA DE MUFACE.

.....
AYER FUE VISTO POR NUESTRA "AVISPA" DE GENOVA A JUAN ABARCA CIDON EN LA SEDE DEL PP. ACUDIO A PRESENTAR A ANA PASTOR EL PROYECTO DEL IDIS. HACE UNOS DIAS ABARCA CIDON ENVIO A HUMBERTO ARNES UN DOSIER CON LO QUE SERA EL INSTITUTO. PERO LOS ANGUSTIOSOS MOMENTOS POR LOS QUE ATRAVIESA FARMAINDUSTRIA HA HECHO QUE EL TEMA SE HAYA POSPUESTO.

LA ANÉCDOTA: OVERBOOKING ESTA TARDE DE ANA PASTOR EN LA ACADEMIA...

ESTA TARDE INTERVIENE ANA PASTOR EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, QUE PRESIDE MANUEL DIAZ RUBIO. HAY UNA EXPECTACION INUSITADA. Y HAN PROMETIDO SU ASISTENCIA NUMEROSAS PERSONALIDADES, POR LO QUE LAS SALAS DE ABAJO Y ARRIBA VAN A ESTAR LLENAS. PERO EN CONTRA DE ALGUNA INDICACION EQUIVOCADA DICRIENDO "AFORO COMPLETO" NUESTRA "AVISPA" DE LA REAL ACADEMIA NOS DICE QUE "TODA AQUELLA PERSONA QUE LO DESEE PUEDE ASISTIR, AUNQUE ES CONVENIENTE QUE LO HAGAN PRONTO PUES ESO SI, VA A HABER UN LLENO HISTORICO".

TAMBIEN NOS CUENTA LOS BUENOS OFICIOS DE DIAZ RUBIO PARA QUE SEGOVIA DE ARANA SEA HOY EL "BARDO" DE ASTERIX Y OBELIX Y NO DIGA UNA PALABRA, PUES SIEMPRE QUE HABLA NO DICE MAS QUE TONTERIAS QUE AFEAN EL ACTO. SEGOVIA ESTA AVISADO DE QUE HOY NO INTERVENGA. SI LO HACE, SE VA A LLEVAR MAS DE UNA CRITICA DE LOS ASISTENTES. ESPEREMOS QUE ESTE "DINOSAURIO TRASNOCHADO" NO DESLUZCA EL FENOMENAL DISCURSO QUE HA PREPARADO ANA PASTOR.



El Avispero

EL MIÉRCOLES NOCHE ABANDONO LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO MEDICO DE GIRONA EL ACTUAL PRESIDENTE DE AMA, EUDALD BONET, QUE LO ERA DE ESE COLEGIO. SEGÚN RECOGE EL TELETIPO DE EUROPA PRESS QUE HOY PUBLICAMOS. HUBO UNA ASAMBLEA Y SE PRESENTO UNA MOCION DE CENSURA A TODA LA JUNTA. BONET HA ANUNCIADO QUE NO SE PRESENTARA A LAS PROXIMAS ELECCIONES. Y QUE SE MARCHA. PERO ANTES DE IRSE, EN PLENA ASAMBLEA DE DESPEDIDA, HIZO UN ALEGATO IMPRESIONANTE SOBRE EL ACOSO Y LAS PRESIONES POLITICAS QUE HA SUFRIDO Y EL ACOSO MEDIATICO. BONET AL MENOS SE MARCHO DICHIENDO CLARO Y ALTO LA VERDAD DE LO QUE HA PASADO Y LAS CONSPIRACIONES QUE HA SUFRIDO EN LOS ULTIMOS MESES. HOY BONET LLEGARA A MADRID PARA TRABAJAR POR LA MUTUA AMA TODO EL TIEMPO QUE QUEDA HASTA QUE DIEGO MURILLO SEA REPUESTO EN SU PUESTO POR LA AUDIENCIA NACIONAL. BONET SE MARCHA DE GIRONA, TRANQUILO, CON LA CONCIENCIA DEL DEBER CUMPLIDO Y ACATANDO LA DECISION DE LA ASAMBLEA.

POR CIERTO, YA HAY FECHA PARA LA ASAMBLEA DE AMA, QUE SERA EL 30 DE JUNIO. MIENTRAS QUE LA DE PSN SERA LOS DIAS 28 Y 29 DE MAYO EN MADRID. SERA UNA ASAMBLEA ALEGRE Y RELAJANTE TRAS HABER LOGRADO MIGUEL CARRERO UN GRAN ÉXITO AL ACEPTAR EL MINISTERIO DE TRABAJO UNA SALIDA AL REGIMEN DE AMF-AT. HABRA UNA CENA DE CONFRATERNIDAD EL 28 Y LA ASAMBLEA PROPIAMENTE EL 29.

ULTIMA HORA: ANOCHE REUNIDA LA COMISION DE GOBIERNO DE FARMAINDUSTRIA Y EL COMITÉ DE DIRECCION BUSCANDO UN ACUERDO VIA DESCUENTO IN EXTREMIS

AYER FARMAINDUSTRIA ECHO HUMO. AUNQUE LLEVA ECHANDOLO, LA VERDAD, DESDE HACE UNA SEMANA. AYER SE REUNIO EN COMISION DE GOBIERNO DE URGENCIA PARA BUSCAR UNA FORMULA "IN EXTREMIS" QUE PERMITA CONTRIBUIR CON LOS 1000 MILLONES QUE DEMANDA EL GOBIERNO VIA DESCUENTO Y NO MEDIANTE REBAJA DRASTICA DEL PRECIO DE LOS FARMACOS. LA VERDAD ES QUE EN EL MINISTERIO DE ECONOMIA NO SE HAN CERRADO A ESTA POSIBILIDAD, AUNQUE LA VIA JURIDICA ES DIFICIL PUES MENCHU PEÑA, RECOGIENDO EL SENTIR GENERAL DE LOS FARMACEUTICOS, Y ANTONIO MINGORANCE (EL DE LA DISTRIBUCION) NO VEIAN VIABLE LA FORMULA DE LA APORTACION Y SOLO ACEPTARIAN LA DE LA IMPOSICION VIA DECRETO LEY.

DESDE EL MINISTERIO DE SANIDAD LA MINISTRA Y PEPE OLMOS ESTAN DANDO MUESTRAS DE APOYAR LA IDEA DE LA INDUSTRIA ANTE ECONOMIA Y COLABORABAN PARA ENCONTRAR ESTA FORMULA QUE FUERA ACEPTADA POR EL MINISTERIO DE ECONOMIA Y QUE FUERA FACTIBLE DESDE EL PUNTO DE VISTA RECAUDATORIO.

TRAS LA COMISION DE GOBIERNO, HUMBERTO ARNES CONVOCO AL COMITÉ DE DIRECCION DE FARMAINDUSTRIA. Y ADEMAS HA HECHO UNA CONVOCATORIA URGENTE PARA EL PROXIMO MARTES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE FARMAINDUSTRIA PARA ANALIZAR LA SITUACION TRAS LA APROBACION DEL DECRETO LEY DE HOY.

ANOCHE A LA HORA DEL CIERRE DE SANIFAX TODO ESTABA EN EL AIRE, PERO SE VISLUMBRABA LA POSIBILIDAD DEL ACUERDO VIA DESCUENTO.

→ EL SANTORAL.- ESTE FIN DE SEMANA (EL SABADO) ES EL SANTO DE LAS ELENAS. Y POR TANTO EL SANTO DE ELENA ABARCA CIDON, ELENA ARIAS (GERENTE DEL SESPA); ELENA CALLEJA, ELENA CUADRADO, ELENA DE MINGO Y LA EX MINISTRA DE SANIDAD, ELENA SALGADO, PARA TODAS ELLAS, MUCHAS FELICIDADES DESDE SANIFAX.