



**“Jamás negociemos con
miedo, pero jamás
temamos negociar”
(John F. Kennedy)
JUEVES, 9-12-2010**



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



GARCIA ROMERO: “PARA LOS FARMACEUTICOS 2010 ES UN AÑO PARA OLVIDAR. LA INFORMACION QUE LLEGA ES CADA VEZ MAS NEGATIVA”

- **EL PRESIDENTE DEL COF DE MADRID HACE UN PROFUNDO DISCURSO EN LA CENA ANUAL, DONDE TAMBIEN BRILLA J. CARLOS MONTILLA. HOY DESPLIEGUE**

LA COMISION EUROPEA DICE QUE ESPAÑA TIENE QUE IR AL COPAGO

- **LEIRE PAJIN Y ELENA SALGADO LO NIEGAN. PERO EN 2011 HABRA QUE HACER UN PLAN DE SALVACION DEL SISTEMA SANITARIO, O ESTE SE HUNDE.**
- **ESCRITO INTEGRO DE LA UNION EUROPEA SOBRE EL COPAGO ESPAÑOL**

HOY, CONSEJO INTERTERRITORIAL EN SANTIAGO, EL PRIMERO DE PAJIN

- **LAS AUTONOMIAS DEL PSOE, EN CONTRA DE LA MINISTRA QUE HA IMPUESTO LA APROBACION DE 2 DECRETOS, A PESAR DE SER RECHAZADOS POR EL PSOE.**
- **LES OFRECEMOS EL ORDEN DEL DIA INTEGRO DEL C.I.**

OTROS TEMAS IMPORTANTES DEL PUENTE DE LA INMACULADA

- **FALLECIO EL PADRE DE PEPE OLMOS. SANIFAX HIZO UNA EDICION ESPECIAL EL MARTES CON ELLO Y CON EL CONCIERTO FARMACEUTICO DE MUFACE.**
- **MAXIMO G. JURADO REELEGIDO SIN OPOSICION PARA UN NUEVO MANDATO DE LA ENFERMERIA. ES EL GRAN DECANO DE LOS PRESIDENTES DE PROFESIONES**
- **LAS ASOCIACIONES DE CLINICAS DE MADRID Y MURCIA ENVIAN UN BUROFAX.**
- **AMA COLABORA CON LOS MENSAJEROS DE LA PAZ Y RECIBE AL PADRE ANGEL.**

DOSIERES ESPECIALES:

- 1).- EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN CANARIAS DEL MES DE OCTUBRE**
- 2).- PONENCIAS DE ABARCA CIDÓN Y CÉSAR GÓMEZ EN EL F. DE LÍDERES DE SALUD**
- 3).- DECRETO DE GARANTÍAS PARA LA DONACIÓN Y USO DE CÉLULAS Y TEJIDO HUMANO Y EL REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**



ribera salud grupo
le desea
Feliz Navidad



Un camino juntos.

Una nueva forma de entender la salud.

Ribera Salud ha desarrollado un nuevo modelo de entender la salud basado en la colaboración público privada en un sector estratégico. Un modelo que genera valor en la sociedad, que contribuye a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Un modelo que genera valor en los profesionales, a los que ofrece los medios para prestar una atención sanitaria pública de calidad y con la garantía de aplicar las mejores prácticas. Un modelo que genera valor para la Administración pública, con innovación en la gestión sanitaria y la descarga de presupuestos públicos. Un modelo sanitario de futuro, socialmente responsable, que apuesta por la tecnología, la formación, la docencia y la investigación. Cada día, Ribera Salud impulsa multitud de proyectos en el campo de la salud. Cada día, Ribera Salud está creando valor.

DÍA DEL COLEGIADO DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE MADRID: ALBERTO GARCÍA ROMERO RECLAMA MEDIDAS “ESTRUCTURALES” PARA GARANTIZAR EL SISTEMA DE SALUD



El presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM), Alberto García Romero, reconoció el pasado jueves la “gravedad” del momento económico que atraviesa España y pidió “medidas estructurales” para garantizar la viabilidad financiera del Estado del bienestar y del Sistema Nacional de Salud. Durante su intervención en el homenaje brindado por la corporación madrileña a los colegiados que cumplieron 50 y 25 años de ejercicio profesional en el Círculo de Bellas Artes, García Romero aseguró que “es tiempo de tomar decisiones estructurales y no de parchear el modelo con remedios a corto que siempre pagamos los mismos”, en referencia a los dos Reales Decretos-Ley aprobados por el Gobierno en 2010. En su opinión, se está perdiendo un tiempo muy valioso “discutiendo y debatiendo hasta el infinito fórmulas y medidas que no se concretan en nada”, cuando “está en juego la viabilidad del Estado del bienestar”.

El presidente del COFM, que calificó 2010 como “un año para olvidar”, se mostró también confiado en que la profesión farmacéutica sepa “capitalizar los nuevos cambios para no perder las posibilidades que nos brinda una sociedad que hoy cuenta con nosotros”. El portavoz de los farmacéuticos madrileños resaltó así el trabajo y la dedicación de los colegiados homenajeados como un ejemplo del potencial de futuro de la profesión farmacéutica. Entre los homenajeados se encuentra José Carlos Montilla Canis, que ha formado parte de la Junta de Gobierno como Vocal de Industria desde 1994 hasta 2003, y desde ese año y hasta la renovación de la nueva Junta de Gobierno, año 2010, es Vocal de No Ejercientes.

El Colegio madrileño también reconoció a María Teresa Castaños Dorrego, vocal de farmacia rural entre los años 1999 y 2003. El presidente del COFM subrayó que las oficinas rurales “han servido para defender el modelo farmacéutico español porque en la mayoría de los pueblos es el farmacéutico el único titulado superior con conocimientos de salud pública”, si bien admitió que es una farmacia “respetada, pero a la vez abandonada”. Otros colegiados homenajeados por su ejercicio en la dirección de distintas vocalías del COFM son Isabel Enríquez Ascarza, farmacia rural; Vicente Hernández Vázquez, Industria; Pilar León Izar, Alimentación; Isabel Pierrad Ivison, como vocal representante de Farmacia Hospitalaria; Luis Vicente de la Morena del Valle, Farmacia Hospitalaria y Docencia; y Ernesto Marco Carmena, representante de Óptica, Optometría y Audioprótesis.

ACTO ANUAL DÍA DEL COLEGIADO DEL COF DE MADRID

DISCURSO DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID, ALBERTO GARCÍA ROMERO



Buenas noches, autoridades, amigos... D^a. Patricia Flores, Viceconsejera de Asistencia Sanitaria y D. Pedro Llorente Cachorro, Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos...

Un año más nos reunimos para celebrar en torno a un acto entrañable el reconocimiento personal a unos compañeros que han desarrollado o desarrollan su actividad profesional en el ámbito colegial.

La Junta de Gobierno este año quiere dedicar el acto del “*día del colegiado*”, a esos compañeros que con su trabajo han dado, dan aún muestras de vocación y dedicación a los demás, los más necesitados por cierto, atendiendo, aconsejando sobre la aplicación de los medicamentos, contribuyendo a su uso racional, cuando no, con su propio esfuerzo económico, al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud.

Venimos gozando los españoles desde hace muchos años de un Sistema Sanitario envidiable, no sólo en prestaciones asistenciales, sino y lo que es más importante, un sistema contributivo sostenible desde un punto de vista económico. Hoy, en cambio, en momentos además de crisis económico-financiera de gran transcendencia, comienza a debatirse sobre el estado de bienestar social, en concreto si lo podemos o no mantener. El girar la cabeza para el otro lado no soluciona ningún problema. Es más agudiza (aún más), si cabe, el endeudamiento público si no se toman decisiones de naturaleza estructural.

Me vais a permitir que no haga este año, ni tan siquiera, un breve análisis de lo que nos ha aportado el año 2010, que en breves semanas despediremos dando paso a un año nuevo, que esperamos, (la ilusión es lo último que se pierde), nos traiga algo más de tranquilidad. Este es un año para olvidar. Pero, a pesar de todo, tengo que ser optimista ante este escenario económico, aunque no nos podamos abstraer de la información que nos llega, cada día, por cierto más negativa.

Dicho lo anterior, espero no obstante, por lo menos que en el seno de nuestras familias, en el plano meramente de la salud y de la felicidad, el año que viene sea próspero. La Junta de Gobierno este año plantea este “Día del Colegiado” desde la sencillez y la austeridad, pero a la vez con el noble convencimiento de homenajear a nuestros colegiados que han cumplido 50 y 25 años; compañeros que han puesto toda una vida a disposición de la Profesión. También reconocemos el esfuerzo, la dedicación, la entrega de aquellos que formaron parte de la anterior Junta de Gobierno, en defensa de los intereses de todos y que después de su actividad de representación de los colegiados, han vuelto a su quehacer diario en las distintas vertientes del ejercicio Profesional.

Queremos dedicar nuestro tiempo en el día de hoy a esos compañeros que cumplen sus bodas de oro y plata como colegiados desempeñando su actividad profesional. El contar hoy con la presencia de Farmacéuticos que llevan 50 años colegiados es un gran honor para esta Junta de Gobierno, y sobre todo, un gran orgullo para todos los farmacéuticos-compañeros de Madrid.

Si uno hace un breve recorrido en los años transcurridos de todos ellos, (aunque sólo fuera desde la pura imaginación), la verdad es que los cambios que han vivido; la transformación de la sociedad, la convivencia, las nuevas tecnologías, etc. debe parecerles, (nos debe parecer), una evolución poco racional pero, sin duda, es real. Es posible, incluso, que uno pueda estar asombrado del cambio sustancial en nuestras vidas. La propia Profesión; la forma de ejercer la actividad profesional; la revolución industrial y, en especial, la de los fármacos, son hitos que ellos han visto, y desde ese anecdotario que seguro existe, sin duda, podemos aprender muchas cosas de ellos, como por ejemplo, el defender una “*asignatura*” de carácter social que además estamos perdiendo: la convivencia.

Estos farmacéuticos que llevan colegiados 50 años en este Colegio vivieron la época de la solidaridad de unos con otros; la competencia profesional, natural, y no la ilícita. Vivieron momentos difíciles también, (como los que hoy estamos atravesando), porque en realidad nuestra Profesión siempre pende de un hilo, (para unos); de una soga, (para otros). Pero a pesar de todo, que sepamos, que nuestros pilares esenciales como farmacéuticos aún permanecen sólidos.

En todo caso, supieron defenderse de aquellos ataques en aquellos años, como hoy nos toca defendernos de ellos a nosotros, sean o no externos, de una corriente, totalmente materialista frente a conceptos que hoy tienen poco uso: **el esfuerzo, el trabajo, el conocimiento**, etc. Queridos compañeros muchas gracias porque en vosotros encontramos la esencia de una Profesión continuista, ya milenaria, que hemos de defender; la trayectoria profesional y el desempeño en pro de los pacientes, de aquellos que más necesitan de nuestra comprensión y, sobre todo, de nuestros conocimientos.

Desde que se establecieron estos reconocimientos por el Colegio, ya en sus inicios, nos encontramos con una generación que cumplían 25 años de colegiados que más o menos se correspondía con los compañeros que hoy cumplen 50 años de colegiados. Eso, queridos amigos quiere decir que los de 50 años de colegiación son hoy jóvenes, y vosotros, después de 25 años de colegiación, disfrutáis de un porvenir que aún hemos de escribir entre todos. A vosotros os ha tocado vivir otros tiempos, no digo ni mejores o peores, pero si distintos. Todos quisiéramos llegar a esos 50 años de colegiación conociendo, habiendo vivido incluso, momentos en nuestras vidas que pudieran servir para escribir unas memorias farmacéuticas que sirvieran de ejemplo no sólo testimonial para sucesivas generaciones. Veinticinco años de colegiación es sólo medio camino, pero, a su vez, puede ser un camino muy intenso.

Creo que os tocará aún ver cosas que no os imagináis y más en los tiempos que corren. Unos y otros tenéis, (tenemos entre todos), el mandato social de hacernos imprescindibles a lo que se dio en denominar trabajo conjunto entre sanitarios, porque la sanidad debe entenderse así como un todo integral y multidisciplinar básicamente. Y este es el reto fundamental que nos toca defender y desarrollar.

Queridos amigos espero, esperamos todos, que seamos capaces desde la imaginación y el trabajo, dejar un futuro con menos incertidumbre a las generaciones que vienen por detrás. Los tiempos que vivimos no son fáciles, traen, posiblemente, grandes cambios y esos cambios o los capitalizamos o perderemos las posibilidades que nos brinda una sociedad que hoy cuenta con nosotros.

Agradeciendo, una vez más, a todos vosotros vuestro trabajo y dedicación, me refiero a continuación al reconocimiento público de los miembros de la anterior Junta de Gobierno. Miembros de la Junta de Gobierno que, por unas u otras razones, no están ya en el día a día colegial, pero todos sabemos, (ellos mismos saben), que se cuenta con ellos, que se les aprecia, que se les quiere en una palabra, y no lo digo egoístamente por lo que han aportado, sino (y sobre todo) por el perfil humano que además han dejado en todos nosotros.

María Teresa Castaños Dorrego, fue vocal de farmacia rural entre los años 99 y 2003. Cumplió con nota destacada un papel complejo que le encomendó, en su día, el anterior presidente José Enrique Hours, que fue quien la llamó a formar parte de su equipo de Junta de Gobierno. Se trataba de iniciar un trabajo de ordenación de la farmacia rural. Esa farmacia respetada, pero a la vez abandonada, (y perdonar por la crudeza de la afirmación), pero así lo siento.



La farmacia rural ha servido para defender el modelo farmacéutico español. Ha sido, y es, el banderín de la farmacia, porque en la mayoría de los pueblos es el farmacéutico el único titulado superior con conocimientos de salud pública, del medicamento, de uso humano y/o veterinario, de la sanidad en general. Y Mayte, por lo que sé, respondió, a pesar de las dificultades, con el reto que se le ponía por delante.

En el año 2006, el anterior presidente volvió a requerir sus servicios, su profesionalidad, sus conocimientos, su trabajo, tras la pérdida de nuestro compañero José M^a Blasco, tesorero entonces de la Junta de Gobierno. Y M^a Teresa compartió cierto tiempo la vocalía rural con la tesorería hasta que formalmente fue elegida Tesorera de este Colegio. Papel que desempeñó con gran profesionalidad pero a su vez elegancia, y eficacia sin perder la compostura y asumiendo todos los retos que se le ponían por medio.

Ha gestionado, con acierto, su Colegio Profesional, respondiendo a los retos económicos que en los últimos tiempos comenzaron a irrumpir con gravedad en la farmacia madrileña. Por tu dedicación a una actividad que además es poco reconocida y a veces, hasta desagradable, como son la gestión y los presupuestos, la Junta de Gobierno quiere hacerte entrega de la placa colegial por ese trabajo desarrollado que no olvidamos. Por favor M^a. Teresa.

Isabel Enríquez Ascarza, asume la vocalía de farmacia rural en 2006. Hereda una actividad compleja que Isabel, pronto, la convierte en algo fácil, posible, quizá por su generosidad. Afable, emprendedora, trabajadora incansable, busca desde su toma de posesión como posicionar a la farmacia rural en un entorno más social, sociable desde un punto de vista de integración en la modernidad y realidad, y no desde la dependencia de por vida en un marco excesivamente regulador. Isabel toma decisiones desde esa lucha incansable y es reconocido su trabajo por sus compañeros vocales de otros Colegios. Y ello, porque es capaz de presentar proyectos ilusionantes que envuelve a todos y a todos hace partícipes desde sus inicios. Nuestro respeto a Isabel, por ese trabajo sereno y participativo, y por esa huella que dejas en todos los corazones de quien tenemos la oportunidad de haberte conocido. Por favor Isabel.

Vicente Hernández Vázquez, vocal de Industria desde el año 2003. Toma el relevo en esta vocalía a un hombre que ha sido el “padre” de muchos compañeros formados en la industria farmacéutica.: José Carlos Montilla. Vicente es un hombre muy reflexivo, conciliador, con una experiencia extraordinaria en el ámbito industrial, y amante de la tecnología. Por ello, además de ocuparse de sus compañeros que pertenecían a la Vocalía, se interesó por la planificación y adecuación, con otros compañeros de la Junta, para el futuro del Colegio, implantando un plan tecnológico. Fue, como digo, uno de los miembros de la Junta de Gobierno que puso la primera “*pedra*” de ese edificio llamado: nuevas tecnologías al servicio de los colegiados.

Después de esa primera piedra, que era difícil de situar, desarrolló un cronograma de actividades que hicieron de aquel Colegio, hoy un Colegio moderno, preparado para los retos del futuro donde las tecnologías juegan un papel fundamental. He destacado esta actividad de Vicente, porque además le llevó un tiempo que robó, sin duda, a otras ocupaciones de su cargo en la Industria. Y por ello, especialmente, quiero que hoy se reconozca esa actividad, dedicación y trabajo que todos respetamos.

De su vocación como farmacéutico ejerciente en la industria farmacéutica se hace difícil de destacar, sin riesgo a equivocarme, el rigor en su trabajo, su intervención decidida y participación por la formación y, sobre todo, el dar soluciones más allá de su responsabilidad como Vocal. Tener una cabeza, como se dice bien amueblada, es una ventaja para todos, y todos nos hemos beneficiado en la Junta de Gobierno de sus aportaciones sea cual fuera el tema tratado. Eso es de agradecer y de reconocer. Querido Vicente.

Pilar León Izar, tomó posesión como Vocal de Alimentación en 2006 y sustituye a Mercedes González Gomis, hoy Vicepresidenta 1ª. Quien conoce a Pilar sabe cómo es y lo capaz que es para resolver asuntos concretos de forma favorable. Es un torbellino, inquieta, muy buena compañera, mejor profesional que imprime a su trabajo como vocal acuerdos con terceros para desarrollar actividades en mejora de la Alimentación como disciplina farmacéutica.

Es una boticaria que ejerce y vive la farmacia y su especialización: la alimentación, de la que es una experta que ha compartido proyectos de interés con los farmacéuticos a los que representaba, pero también para el propio Colegio como motor impulsor de esta modalidad de ejercicio profesional. Pilar, por favor.

Isabel Pierrad Ivison, Se incorpora al Colegio en 2006 como Vocal representante de Farmacia Hospitalaria. Isabel desde su formación y especialidad desarrolla un trabajo preciso e intenso que se valora pronto por los compañeros con los que trabaja, en un entorno especial, ya que en esta Vocalía los farmacéuticos trabajan en hospitales públicos pero también en hospitales privados. Lo que hace, sin duda, más difícil el trabajo de Isabel, porque los intereses son distintos aunque ella, con su trabajo y esfuerzo logre conciliar las inquietudes de todos. A pesar de ello, a pesar de las dificultades de su trabajo, Isabel cumple con creces con sus cuatro años de mandato de Junta, siendo para ella una nueva experiencia, espero enriquecedora. Por favor Isabel.

Luis Vicente de la Morena del Valle, forma parte de la Junta de Gobierno en 1999, como Vocal de Farmacia Hospitalaria, y repite mandato en 2003, hasta 2006, que se le encomienda por la Junta de Gobierno, Vocal de Docencia. A Luis le sucede algo parecido a Isabel, en el sentido que tiene que trabajar sus dos primeros mandatos en un mundo difícil, como decía anteriormente, por los intereses diferentes entre la función problemática frente a la actividad privada. Se trata en esta fase de su trabajo de construir la Sección Hospitalaria y transmitir las ventajas de estar Colegiado, entre ellas la de disponer de una póliza de responsabilidad civil que en alguna ocasión tuvo que utilizarse. Luis ha sido, y es, un gran compañero, que ayuda a quien lo necesita y tiene una gran cualidad: le gusta escuchar, pero también participar y dar su opinión en temas diversos, por lo que siempre ha tenido nuestra consideración, la de todos sus compañeros de Junta de Gobierno. Luis, por favor.

Ernesto Marco Carmena, forma parte de la Junta de Gobierno desde 2003 como vocal representante de Óptica, Optometría y Audioprótesis. A Ernesto le sucede lo mismo que a Vicente Hernández. Es, igualmente, un entusiasta de las nuevas tecnologías y ambos, trabajaron desarrollando una actividad que es de agradecer, porque su apuesta fue entonces, y hoy es, una referencia en la transformación de los procesos colegiales, haciéndolos más modernos, acompañándolos con las nuevas tecnologías.

Desde su trabajo como Vocal de Óptica, decir que ha dejado una huella profunda, siendo además el primero en realizar, en aquella época, Videoconferencias de gran éxito y participación. De su nombre y primer apellido todos tenemos un grato recuerdo y a la vez entrañable. Pero a pesar de eso, Ernesto siempre se caracterizó no por aquello de ser el "hijo de", sino por destacar su propia personalidad, si bien sus gestos, sus expresiones, su forma de ser emulan y recuerdan, como no puede ser de otra forma, a su padre Ernesto Marco Cañizares.



No se encuentra entre nosotros Ernesto por estar de viaje, pero eso no impide que públicamente esta Organización Colegial reconozca su trabajo, su dedicación y esfuerzo en pro de los farmacéuticos ópticos. Su placa de reconocimiento se la entregamos en sesión de Junta de Gobierno.

Por último, me dejo a quien considero el “farmacéutico decano” de todos nosotros: José Carlos Montilla Canis. Amigo entrañable de sus amigos, forma parte de la Junta de Gobierno como Vocal de Industria desde 1994 hasta 2003, y desde ese año y hasta la renovación de la nueva Junta de Gobierno, año 2010, es Vocal de No Ejercientes.

Intentar resumir el curriculum, la personalidad, la capacidad de José Carlos Montilla en un acto como el de hoy se nos hace tremendamente difícil, por no decir imposible, porque estoy seguro que me dejaría en el “tintero” cosas verdaderamente importantes o interesantes de conocer por todos nosotros. Quien le conoce sabe de su capacidad. Es una enciclopedia añeja pero moderna a la vez de la Profesión, de la micro-economía, de la formación. En fin, es un ejemplo de persona polifacética y humanística primero, de farmacéutico después, difícil de encontrar. Nos gustaría disponer en la Junta, y seguro que en cualquier actividad también, de diversos José Carlos.

José Carlos parece, da la sensación que no se mueve, pero creerme compañeros que sí se mueve; se mueve tan bien que cuando planteas algo, él ya tiene la respuesta, que además la hace fácil, sencilla y con un sentido común fuera de toda lógica. Mi curiosidad es su agenda manuscrita. Es como la agenda azul de Aznar. Ahí guarda, estoy seguro, sus secretos, sus citas, sus notas, que además intuyo contempla una perfecta planificación de su trabajo.

Podría seguir hablando mucho más tiempo de él, entre otras razones, porque me es sencillo tratar su figura, sus aportaciones, sus esfuerzos, pero sobre todo, su consejo.

Como veis no abordo su curriculum, como decía al principio, porque me interesa más profundizar, (en la medida que hoy se nos permite en este acto del día del Colegiado), en ese hombre entrañable, sencillo, despistado (esa es una cualidad que no me termino de creer), y familiar.

Cualquier adjetivo que se le pretenda aplicar, seguro que hay una vertiente que también efectivamente es inherente a su personalidad. Se preocupa de la industria, de la farmacia, de nuestros mayores, etc. Difícil de igualar. Difícil de imitar. Difícil de seguir, porque aún hoy trabaja con nosotros en fiscalidad, en estudios, en búsqueda de apoyos, emitiendo opinión que, por otra parte, es siempre considerada y respetada.

Mi querido amigo José Carlos si fueras un deportista serías un número uno. Pero como farmacéutico que sepas, que, por lo menos para mi, eres un número uno. José Carlos cuando quieras.



ACTO ANUAL DÍA DEL COLEGIADO DEL COF DE MADRID

DISCURSO DE JOSÉ CARLOS MONTILLA EN NOMBRE DE LOS 7 MIEMBROS DE LA ANTIGUA J. DE GOBIERNO GALARDONADOS

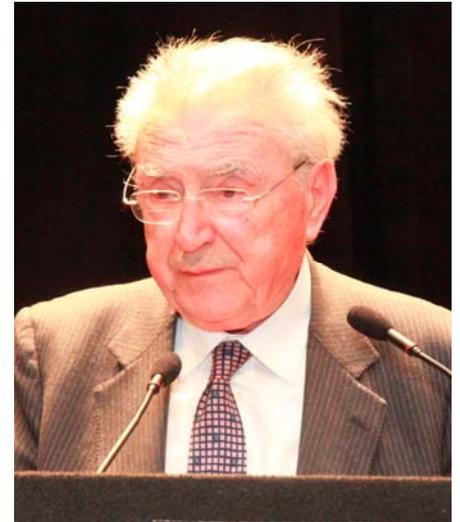
Ilustrísima Sra. Viceconsejera de Sanidad de Madrid,
Doña Patricia Flores.

Sr. Director General de Gestión Económica y
Compras de productos farmacéuticos de la Consejería
de Sanidad, D. Pedro Llorente

Ilustrísimo Sr. Presidente del Colegio de
Farmacéuticos de Madrid

Miembros de la Junta Directiva

Señoras y señores; amigas y amigos



Voy a decir tan solo unas palabras en nombre de mis
siete compañeros salientes de la Junta de Gobierno

anterior. En primer lugar, quisiera agradecer a la Junta de Gobierno por
habernos distinguido con esta placa conmemorativa, que nos hará recordar por
siempre esta etapa profesional y con la cual todos estamos tan satisfechos.

Agradecemos también a los colegiados por habernos votado y darnos su
confianza para que los representáramos en las distintas vocalías de la Junta de
Gobierno pasada. Agradecemos asimismo a todo el personal del Colegio, que
nos ha ayudado con sus conocimientos y trabajo a realizar nuestra labor en las
vocalías.

**Y también quisiera decir que todo el tiempo que hemos pasado en la
Junta del Colegio ha sido una gran experiencia personal que nunca
olvidaremos y que nos ha permitido participar en las distintas vertientes
del ejercicio profesional. Todos nosotros, a la hora de servir, siempre
hemos puesto nuestra ilusión, conocimiento, empeño y trabajo.**

Finalmente, quisiera agradecer al Presidente, Alberto García Romero, por
habernos dado su confianza al incluirnos a todos nosotros en su Junta de
Gobierno Autonómica. También por habernos dirigido con espíritu de equipo,
bien integrados y participativos. Y siempre dirigidos en la misma dirección: la de
ayudar y defender al farmacéutico. Muchas gracias y hasta siempre.



Pensamiento del día:

EDICIÓN ESPECIAL

07-12-2010



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



FALLECE EL PADRE DE PEPE MARTINEZ OLMOS

- **ESTE PUENTE DE LA INMACULADA HA FALLECIDO EN GRANADA EL PADRE DEL SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD DEL MINISTERIO, JOSE MARTINEZ OLMOS, AQUEJADO DE UNA LARGA ENFERMEDAD.**
- **HOY A LAS 4:30h DE LA TARDE SERÁ EL ENTIERRO EN EL CEMENTERIO DE GUADIX, LOCALIDAD GRANADINA DE LA QUE ES ORIUNDO Y VIVIA.**
- **DESDE AQUÍ ENVIAMOS NUESTRO MAS SENTIDO PESAME AL SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD, PEPE MARTINEZ OLMOS.**

EXCLUSIVA EL CONCIERTO FARMACEUTICO DE MUFACE

*** TAMBIEN EN ESTE “PUENTE DE LA INMACULADA” EL D. GENERAL DE MUFACE HA ENVIADO AL CONSEJO GENERAL FARMACEUTICO EL TEXTO DEFINITIVO DEL CONCIERTO FARMACEUTICO DE MUFACE, QUE LE OFRECEMOS A CONTINUACIÓN.**

EDICION ESPECIAL URGENTE.-EDICION ESPECIAL



COUNCIL OF
THE EUROPEAN UNION



Council conclusions on the EPC- Commission Joint Report on health systems in the EU

*3054th ECONOMIC and FINANCIAL AFFAIRS Council meeting
Brussels, 7 December 2010*

The Council adopted the following conclusions:

"The Council of the 5 May 2009, in its Conclusions on the long-term sustainability and quality of public finances, INVITED the Economic Policy Committee and the Commission to continue to work on improving the measurement of the quality of public finances including through a systematic analysis of the efficiency and effectiveness of expenditure. Further to this call, the EPC and the Commission carried out a thorough investigation of the institutional features of health systems in the EU to better understand the drivers of health expenditure and health expenditure differences across Member States in view of the consequences they could have on the financial sustainability of health systems.

The Council WELCOMES the Joint Report and HIGHLIGHTS that

- **Health spending contributes to better health, which contributes to economic prosperity through higher labour market participation and productivity and will therefore be crucial in the context of an ageing society and longer working lives. Health spending absorbs a significant and growing share of resources and all EU Member States face strong and growing pressures on their health systems. The health sector in Europe is also a major employer and a source of innovation and hence supports jobs and knowledge creation**
- **In the coming decades, Member States will have to balance the need to provide universal health care with an increasing demand related to an ageing population, technological development and growing patient expectations. At the same time, the financial and economic crisis has led to a strong deterioration in fiscal positions in most EU countries, implying the need for significant budgetary constraint to reduce high deficits and debt-to-GDP ratios in order to put public finances on a sustainable path. This enhances the need to assess the performance of health systems and implement sound and needed reforms to achieve both a more efficient use of public resources and the provision of high quality health care.**
- **In many countries, there appears to be scope to improve the health status of the population without increasing health spending. Getting more value for money is therefore crucial if countries are to ensure universal access and equity in health, under conditions of severe constraints on public budgets.**

Given increasing age-related pressures on health expenditure and the current economic situation the Council REAFFIRMS the commitment to the three-pronged strategy agreed by the 2001 Stockholm European Council for meeting the economic and budgetary consequences of ageing (reducing debt at a fast pace, raising employment rates and productivity and reforming pension, health and longterm care systems). Ensuring the long-term sustainability of public finances is a challenge which should be reflected in all fields of economic policy coordination in the EU.

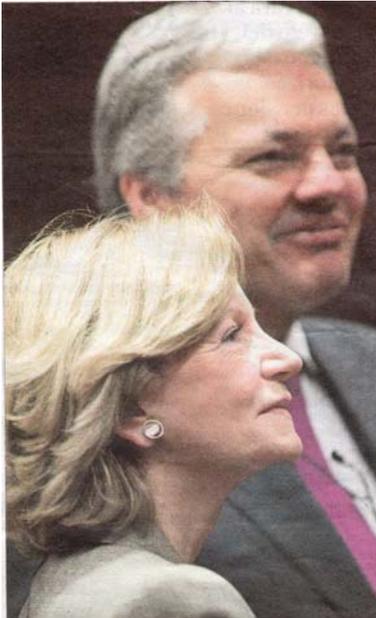
The Council RECOGNISES that measures introduced in the last two decades aimed at improving value for money and constraining excessive growth in health care spending will need to be strengthened to achieve the consolidation of public finances while continuing to promote innovation and ensure universal access to quality care, equity and solidarity in health and better health outcomes. In light of this report, key policy challenges that will need to be addressed by Member States include:

- **ensuring a sustainable financing basis, a high degree of pooling of funds and a good resource allocation that ensures equity of access;**
- **encouraging a cost-effective use of care, through adequate incentives including cost-sharing and provider payment schemes, and as appropriate through the involvement of non-public providers while ensuring the protection of those more vulnerable;**
 - **encouraging the provision and access to primary health care services to improve general health and reduce unnecessary use of specialist and hospital care.;**
- **curbing supply-induced demand by considering the interaction between demand side factors and supply side factors, etc.;**
 - **ensuring the cost-effective use of medicines through better information, pricing and reimbursement practices and effectiveness assessment;**
 - **improving data collection and information channels and the use of available information to increase overall system performance;**
 - **deploying health-technology assessment of the effectiveness, costs and broader impact of healthcare treatments more systematically in decision-making processes;**
 - **improving health promotion and disease prevention also outside the health sector.**

The Council INVITES Member States and the Commission to factor these findings into its analysis and proposals in the framework of the Europe 2020 strategy."

EL GOBIERNO DESOYE A BRUSELAS Y RECHAZA EL COPAGO EN LA SANIDAD

- **El Ecofin recomienda que los usuarios paguen parte de los servicios y que entre capital privado en los mismos**



J.V.- Con las aguas del entorno económico agitadas, al Gobierno le viene bien tener varios flotadores a la vista. Sin embargo, la responsable de Economía, la vicepresidenta segunda Elena Salgado, rechazó ayer uno de los más fiables a medio plazo según la Unión Europea: la introducción del copago en la Sanidad española. Aunque esta posibilidad ha sido una de las balas que ha tenido en la cámara el Ejecutivo socialista para contrarrestar el ataque de los mercados financieros, y estuvo en la mesa del presidente Zapatero tras la gran embestida del pasado mayo, la vicepresidenta realizó una defensa sin fisuras del sistema público español y descartó cualquier descarga de parte de los gastos sanitarios en los ciudadanos. «El gasto público en un marco sanitario como el español, que es un sistema de cobertura universal, es un gasto público en términos de PIB inferior al de muchos otros países europeos. Eso indica una clara eficiencia de nuestro sistema», aseguró la número dos del Gobierno en rueda de prensa en Bruselas, tras la reunión con los ministros de Finanzas de la UE.

Reforma de pensiones

Elena Salgado ya había recibido la víspera el elogio de sus colegas europeos respecto a las medidas anunciadas por el Gobierno para equilibrar las cuentas públicas, como la subida de los impuestos del tabaco o la privatización de los aeropuertos de Madrid y Barcelona. Al ser preguntada si el Gobierno considera nuevas acciones en el caso de que la presión de los mercados financieros se redoble, la ministra indicó que gran parte de las medidas aprobadas la semana pasada ya estaban previstas en normas como la ley de presupuestos, y aseguró que el paso «más importante» llegará con la aprobación de la reforma de las pensiones. Pero para Bruselas también se debe avanzar en otros campos, y la introducción del copago en la Sanidad es una herramienta que los socios no pueden perder de vista, ya que resulta necesario limitar «el crecimiento excesivo del gasto en atención sanitaria», según indica un informe que respaldaron ayer los ministros de Finanzas europeos. Bruselas recomienda la participación del sector privado para garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, que se encuentran amenazados por el envejecimiento de la población y las consecuencias de la crisis. Esta alternativa aparece como una puerta abierta especialmente en esta ofensiva de los Gobiernos para la consolidación de sus cuentas, y en la que la UE aprieta a las economías con los agujeros en sus cuentas públicas más grandes.

Gestión más eficiente

Salgado reconoció que al sistema sanitario español todavía le queda camino por delante para avanzar en eficiencia, pero discrepó que se deba empezar por el pago compartido. En su lugar, la responsable de Economía recordó alguno de los pasos que ya ha dado el Gobierno durante los últimos meses, también aprobados en el marco del paquete anticrisis, como una gestión más eficaz de los medicamentos, además de otros como la mejora de la atención primaria, o avances en el campo de la prevención, donde incluyó la nueva Ley del Tabaco. Según la ministra de Economía en los últimos meses «hemos mejorado todo lo que se refiere a los genéricos, que son en estos momentos una parte más importante del gasto en medicamentos, se está avanzando en mejoras en la prescripción y hemos avanzado también que iremos en la línea de prescribir exactamente la dosis necesaria para cada paciente», concluyó.



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ORDEN DEL DÍA DEFINITIVO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL QUE SE CELEBRA HOY JUEVES EN SANTIAGO DE COMPOSTELA

- 1.- Aprobación, si procede, del Acta correspondiente a la sesión de 18 de octubre de 2010.
2. Informe de la Secretaría sobre actividades del Consejo.
3. Ratificación del Consejero de la Comunidad de Madrid para representar a las Comunidades Autónomas, durante el primer semestre de 2011, en las reuniones del Consejo de Empleo, Política Social y Consumidores (EPSCO), de la Unión Europea.
4. Ratificación de la propuesta de designación de vocales, por el Consejo Interterritorial del SNS, en el Consejo de Dirección de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).
5. Anteproyecto de Ley General de Salud Pública.
6. Estrategia de Cuidados Paliativos: actualización 2010.
7. Situación Listas de Espera del SNS, a 30 de junio de 2010
8. Informe sobre Violencia de Género.
9. Proyecto de resolución de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios por el que se autoriza la dispensación de unidades concretas de determinados grupos de medicamentos.
10. Proyecto de Real Decreto por el que se establece el procedimiento de remisión de la información para la aplicación de una escala conjunta de deducción a la facturación de cada Oficina de Farmacia.
11. Proyecto de Orden por la que se actualiza el Anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.
12. Propuesta de designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS. y propuesta de patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el SNS.
13. Ruegos y Preguntas



LA MINISTRA DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD PRESIDE SU PRIMER CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Leire Pajín se reunirá con los consejeros y consejeras de Sanidad de las Comunidades Autónomas
- El Consejo Interterritorial, que se celebrará el próximo día 9 de diciembre, tratará, entre otros asuntos, el anteproyecto de Ley de Salud Pública, la actualización de la Estrategia de Cuidados Paliativos, las listas de espera y las medidas farmacéuticas para la prescripción y dispensación de monodosis de medicamentos
- Tras la celebración del Consejo Interterritorial, la ministra asistirá a una recepción oficial con el presidente Alberto Núñez Feijoo y firmará en el 'Libro de Honor' de la Xunta de Galicia

Día:	Jueves, 9 de diciembre de 2010
Hora	11.00h. Inicio de la reunión (Toma de imágenes por los medios gráficos). La rueda de prensa se celebrará al final de la reunión.
Lugar	Hotel Monumento San Francisco (Sala Cimabue) Campillo San Francisco, 3 Santiago de Compostela
Hora	14.00h. Recepción del presidente de la Xunta, Alberto Núñez Feijoo, a la ministra y firma en el 'Libro de Honor' de la Xunta (GRÁFICOS). Tras la firma en el 'Libro de Honor' y un breve encuentro, el presidente y la ministra harán unas declaraciones institucionales.
Lugar	Palacio de Raxoi Plaza del Obradoiro Santiago de Compostela



Máximo González Jurado, reelegido presidente del Consejo General de Enfermería de España para un nuevo mandato que estará marcado por su compromiso con la sostenibilidad del SNS

- **El renovado presidente de los 240.000 enfermeros españoles ha obtenido el respaldo de 42 de los 52 colegios profesionales de enfermería, lo que supone el 82% de los votos. Un apoyo masivo a la gestión realizada hasta el momento y una confianza total para afrontar los próximos cinco años.**
- **Asume este nuevo mandato “con la responsabilidad de seguir trabajando para garantizar la seguridad de los pacientes y calidad de la asistencia sanitaria a través del mejor desarrollo profesional posible para la enfermería española”.**
- **Se compromete a culminar los importantísimos retos como son el desarrollo definitivo de la prescripción enfermera y de las especialidades enfermeras, la aplicación en España de la Directiva Europea de bioseguridad para evitar la exposición a VIH/hepatitis por pinchazo accidental, la puesta en marcha del Pacto de Estado por la Sanidad y la elaboración del libro Blanco de la Enfermería Española**



La Comisión Ejecutiva del Consejo General de Enfermería de España ha proclamado a Máximo González Jurado como presidente de esta institución colegial para los próximos cinco años.

El renovado presidente los 240.000 enfermeros y enfermeras que trabajan en España ha obtenido el respaldo de 42 de los 52 colegios profesionales de enfermería, lo que supone el 82% de los votos: un apoyo masivo a la gestión realizada hasta el momento y la confianza plena para el trabajo a desarrollar en los próximos 5 años.

Máximo González Jurado ha agradecido el “importantísimo respaldo” conferido por la profesión y ha asegurado que asume este nuevo mandato “con la responsabilidad de seguir trabajando para garantizar la seguridad de los pacientes y calidad de la asistencia sanitaria a través del mejor desarrollo profesional posible para la enfermería española”.

Para González Jurado, la mejor forma de colaborar en la sostenibilidad de la asistencia sanitaria es la puesta en marcha del importantísimo desarrollo profesional en el que venimos trabajando en los últimos años. Un desarrollo en el que, el principal objetivo no es otro que los pacientes reciban la mejor asistencia posible con las máximas cotas de garantía de seguridad para las personas.

González Jurado asume la presidencia nacional para un mandato que será crucial para enfermería puesto que a lo largo de este deberá culminar importantísimos retos como el actual proceso de legalización de la prescripción enfermera y desarrollo definitivo de las especialidades de enfermería aprobadas en 2004, la aplicación en España de la Directiva Europea de bioseguridad aprobada hace unos meses durante la presidencia española, la puesta en marcha del proyecto de apoyo al Pacto de Estado por la Sanidad firmado por enfermeros y médicos frente a Trinidad Jiménez en julio pasado, la elaboración del libro Blanco de la Enfermería Española – un macro estudio que van a realizar Consejo y Ministerio para hacer una radiografía a las profesión –, y la participación del Gobierno para consolidar en toda España un proyecto destinado a especializar al 100% de las enfermeras en la detección y gestión de casos de violencia de género entre sus pacientes.

Respaldo al Sistema Nacional de Salud

González Jurado ha incidido especialmente en que los próximos cinco años se van a caracterizar por un respaldo continuo al Sistema Nacional de Salud, trabajando conjuntamente con el Gobierno y las Comunidades Autónomas en poner en marcha todas las medidas necesarias para que el paciente no vea mermada ni un ápice la calidad de la asistencia sanitaria. Un compromiso que, recordó, ya está presente en todos los procesos en marcha de nuestro desarrollo profesional como son los casos de las especialidades enfermeras o de la prescripción enfermera.

Respecto a esta última, destacó que se trata de una competencia profesional que se ha puesto en marcha primando la seguridad clínica fundamentalmente de los pacientes, pero también la de los profesionales. Así se ha establecido en la norma que las enfermeras de toda España deberán recibir una formación muy rigurosa, equiparable a la que ya reciben las enfermeras prescriptoras en todos los países desarrollados y que cuenta con créditos académicos oficiales.

Esta formación es imprescindible para poder ser acreditada como enfermera prescriptora por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. De esta manera se asume este nuevo rol con plenas garantías de seguridad para los pacientes que reciben la mejor asistencia posible, y para el propio profesional que recibe la formación necesaria para poder prestar la asistencia con total confianza.

El presidente del Consejo General de Enfermería ha recordado también el compromiso con los pacientes y con el Pacto de Estado por la Sanidad firmado ante la Ministerio por Enfermeros y Médicos en julio pasado. Se trata de un compromiso que se centra en garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud y la seguridad del paciente, velando por la competencia de médicos y enfermeros, y garantizando las buenas prácticas profesionales. Calidad, seguridad para el paciente y excelencia de la asistencia sanitaria son los ejes de este Pacto que conllevará importantes compromisos para los más de 450.000 profesionales sanitarios que representan ambas instituciones como son la recertificación periódica de profesionales, la obligación de comunicar fehacientemente el consentimiento informado o la creación de registros de profesionales de consulta pública.



FORO INTERNACIONAL DE LÍDERES EN SALUD (FUNDACIÓN BAMBERG)

AMPLIO RESUMEN DE LA CONFERENCIA DEL GERENTE DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID, JOSÉ SOTO



(...) Pero se nos lanza el reto de que hablemos de la gestión eficiente de la asistencia sanitaria. Y les quiero plantear una primera cuestión respecto a la eficiencia. La eficiencia como valor. En el esquema de valores de la sociedad que orienta su desarrollo se acepta la eficiencia como prioritario frente a otros valores. ¿O no? ¿Se acepta que es bueno producir más gastando menos o producir menos gastando menos de lo menos, o producir más gastando más, pero producir más, más gastando más, o producir igual gastando menos, o gastar igual produciendo más, como valor en cualquier proceso, en cualquier esquema, o no se acepta como valor?

Porque muchas veces escuchamos a los representantes de nuestra sociedad lanzar ideas al gobierno. Nosotros tenemos que jugar un papel de generación de empleo también, aparte de como actores económicos. Y no es bueno presionar tanto a la productividad. Porque entonces atenderíamos contra los rendimientos. Se nos apela constantemente a que el rendimiento tiene un límite al cual es muy difícil superar y a partir del cual se decrece. La ley de rendimientos decrecientes... Cuando la sociedad escucha mensajes que ponen en duda la eficiencia como valor, alentamos la degradación del sistema. Y alentamos a los propios inspiradores de la debacle social. La eficiencia efectivamente es un valor que inspira valores. Es un valor predominante. Como otros, como el hombre. Un *homo socialis*, valga la palabra, un hombre social, es un hombre eficiente, es un *homo economicus*. Es alguien que se plantea como comportamiento la racionalidad en sus actuaciones sociales.

Como consumidor, como ciudadano, se legitima su papel como ciudadano cuando consigue el éxito de aportar valor, además de utilidad, a lo que hace. Aportar valor a la organización y a la sociedad, y utilidad a quien sirve directamente. Y situando la eficiencia como un valor y no como un indicador, ni como un resultado de las actividades de gestionar recursos, cosas o casos. Situando, por tanto, a la racionalidad como comportamiento esperable y valorado por la sociedad.

A partir de ahí estaremos mirando el sistema sanitario como un actor compuesto por personas racionales. En un sistema que tiene que servir para proporcionar y añadir valor a la sociedad en la que se entronca. Y por tanto, utilidad a quien disfruta de los servicios que componen hombres racionales. Que tienen interés de producir mejor. Ajustando al consumo de recursos a las exigencias de eficiencia. En una sociedad que como todas marca unos límites al consumo de recursos, porque los recursos no son ilimitados. No se puede plantear esquemas de ninguna actuación racional del hombre planteando que tiene infinitos recursos para hacerlo.

Sin embargo, el sistema sanitario como proveedor de asistencia sanitaria, muchas veces nos estamos configurando, estamos rediseñando modelos, estamos orientando actuaciones con el supuesto de que los recursos son ilimitados. Estamos abogando por orientar el sistema desde principios contrarios a los valores que la sociedad acepta.

No insisto mucho en esto porque se han puesto ejemplos aquí en estas mismas jornadas.

Los profesionales desarrollan su actividad incorporando las últimas tecnologías a su actividad. De esta manera estaríamos pensando que tendrían un comportamiento racional siempre que la incorporación de esta tecnología supusiera una mejora en la utilización de los recursos. Pero sólo escuchar consideraciones como que el mantenimiento de la eficiencia supondría valorar la sustituibilidad de los recursos introducidos al proceso. Sólo la mera mención de esta consideración, que todos aceptamos, hace ponerse nervioso a muchos profesionales de muchas organizaciones.

Porque entonces lanzamos un discurso de una manera y nos comportamos de otra. Cosa legítima desde la ética de la profesión. Sobre todo cuando los profesionales pretenden perdurarse en el concepto de artistas y artesanos. Los artesanos intentan aplicar arte, creación en su tarea. Los profesionales aplican rigor, metodología, contraste de hipótesis a sus tareas. Y las tareas pueden ser las mismas, pero los planteamientos, la preparación, y el resultado no van a ser los mismos en un artista que compone un servicio en un momento determinado según vea al toro que llega, como Manolete, por aludir a alguien que dada la condición de muerto todos dicen que era bueno.

Y a estos artistas les respondemos, “¡Olé! Muy bien, qué bonito que lo hace”. Sin embargo, valoramos menos a los profesionales. Y estamos formando a nuestros profesionales en la profesionalidad, no en el arte. Porque aceptamos como valor la eficiencia. Y aceptamos que en este renacer de nuestro sistema tenemos que buscar el rigor y la garantía de los resultados. Yo no digo exigencia de los resultados en salud, sino la garantía de lo que hacemos, de que nuestros procesos productivos se ajustan a normas. Que son normas comprobadas.

Y estamos además de eso especializando a los profesionales. Es decir, estamos buscando cada vez más rigor y cada vez más evidencias de que lo que se hace con garantías de que va a salir bien. Y en este rigor y en estas eficiencias estamos incorporando el valor también de la utilización de los recursos desde la ética de la equidad. Formamos a nuestros alumnos, que van a terminar siendo médicos, en conceptos de equidad entre otros. Uno asiste con orgullo y satisfacción a juramentos hipocráticos de generaciones de médicos durante los últimos años que introducen el compromiso de la equidad en el consumo de recursos. Lo cual era improbable hace sólo 15 años, o 20 años. Se lee en voz alta a esto, se acepta, se compromete, se jura, que es lo más sagrado que un ser humano puede hacer.

Desde las tecnologías, por tanto, esperamos que aporten utilidad, rigor, evidencia a la mejora del trabajo de los profesionales, cada vez más especialistas. Sin atender contra el resultado del propio sistema sanitario. Y eso exige, queridos amigos, aplicar estrategias de valoración de las propias tecnologías. Y digo exige, no digo aconseja. Hay que plantearse, no podemos esperar, iba a decir ni un siglo más, porque ya sería poco. No podemos esperar ni un día más a convencernos de que hay que evaluar la introducción y el uso de las tecnologías en la producción de servicios sanitarios.

Y hay que decidir unas sí, y otras no. En función a cuál sea el resultado. Y nos lleva a que tenemos que juzgar, evaluar y predefinir la cartera de servicios desde esquemas de racionalidad y no de demanda de un servicio. Cuyos consumidores no pagan por su utilización y cuyos mensajes que reciben desde los productores es que se puede suministrar ilimitadamente y a cualquiera que sea el coste, puesto que se tiene conciencia de que los recursos son infinitos. Nos vuelve a situar esto en los procesos de producción. La exigencia de eficiencia en la asistencia sanitaria plantea forzosamente el análisis y la reingeniería de nuestros procesos productivos.

Y ya se ha apelado, y vuelvo hacerlo, a la consideración de procesos integrales. Desde que el ciudadano decide considerarse paciente, tenga o no un problema de salud. Y por tanto acudir a los servicios sanitarios hasta que abandona los servicios de salud. Que a los sanitarios se añaden los costes sociales en esa especie de rima que llamamos socio sanitario, que no sabe muy bien si es de unos o de otros, o de nadie. Desde que tiene primer contacto, por tanto, con el sistema de salud hasta que lo abandona, considerarle como una persona afectada de un problema de salud. Insisto, lo tenga o no lo tenga.



Pero la consideración inicial tiene que ser considerar que sí. Y por tanto empezar a tratarle con organización. Con racionalidad en la introducción de unos recursos y de unos profesionales en el momento adecuado con las herramientas precisas y en un tiempo oportuno. Sin retener en el circuito a los pacientes, que entonces ya les empezamos a llamar pacientes. Y sin considerar que como la reorganización de nuestro sistema de financiación, por ejemplo, nos hace competir, tenemos que retener al paciente porque así estará muy contento con nosotros desde la consideración de cliente que nos beneficia.

Porque es un cliente cautivo y forzoso aunque elija. Porque nosotros decidimos cuándo deja de ser cliente. Eso de cuándo le damos el alta. Empezamos a considerar estrategias que difundimos de retención de nuestros pacientes, a fin de favorecernos a nosotros en nuestra implantación gradual en cuotas de mercado. Mercado que no cobra, que no paga. Vuelve a ser un mercado centralizado y un mercado regulado por mucho que nos empeñemos en decir que no. Organizado bajo la consideración de otro valor, que es la libertad de todos aceptamos. Y que todos consideramos que es otro de los valores motores de la vida del hombre en esta sociedad.

(...) Y los procesos productivos, los profesionales, las tecnologías revierten a la exigencia de mirarnos a nosotros mismos. Revertir la mirada hacia la gestión. He aludido nada más empezar a dos principios de la gestión que me parecen relevantes y que hay que volver a retomar aunque sólo sea el enunciado. No se nos olvide. La ley de rendimientos decrecientes en cualquier actividad productiva. Y no se nos olvide también el principio de sustituibilidad de los factores de producción. Como motor de las mejoras en la eficiencia de los procesos. Cualquiera que sea el impulso de los asistenciales. Y eso nos hace aparecer en el fondo el mensaje de la viabilidad.

Es que el sistema sanitario como proveedor de asistencia sanitaria con unos profesionales que no defino yo, definen ustedes, con unas tecnologías que precisan evaluarse constantemente y precisan aplicar y sustituirse y etc., como un proceso de producción que precisa regeneralizarse e introducir rigor en su propia consideración. Con unos gestores cada vez más preparados, más profesionales y menos artistas. Con una aceptación de las herramientas por tanto por los gestores profesionales, por todos ¿es viable?

Yo no he hablado hasta ahora prácticamente nada, solamente para introducirles como anécdota del objeto de nuestros trabajos que son los ciudadanos. Pacientes o no. ¿Cuándo somos viables? Desde el punto de vista técnico somos viables cuando los resultados medidos en términos contables de ingresos menos gastos son positivos. Y son capaces de añadir fondos propios al capital de las organizaciones, ¿verdad? Pues seremos viables entonces. Cuando nosotros seamos capaces de garantizar que el sistema, que nuestras organizaciones son sostenibles económicamente. Y se pueden financiar además. Que no es lo mismo.

Muchas organizaciones mueren de éxito. Tienen unos resultados crecientes, cada vez más, medidos en términos de ingresos menos gastos y quiebran. Porque el endeudamiento no se corresponde con la situación de los activos y pasivos saneados de esa organización.

El debate ahora, en este momento, en la prensa de lo que nos pasa a nosotros es más un debate de situación financiera que de situación económica. Es más un debate de endeudamiento. ¿Quién financia la deuda? ¿Financian los proveedores? ¿Financian las instituciones crediticias? ¿Financia el Gobierno? ¿Podemos ir cada 10 años, primero cada cinco, después cada dos, después... a una partida presupuestaria añadida a las normales para cubrir la deuda? Estamos situados en ese debate. Lo cual sitúa el esquema de la viabilidad a corto plazo en la situación financiera y no en la situación económica.

La cual apartar el foco de los procesos productivos. Y lo cual hace esperar que nuestro empeño como directivos de situar el objeto de nuestro trabajo y de la implicación de nuestros profesionales en los procesos productivos a corto plazo sea un fracaso. Puesto que eso no preocupa. Preocupa la situación financiera. Pero no olvidemos que la mejora de la situación económica hace mejorar también la situación financiera, insisto, porque pone a disposición de la financiación fondos propios. ¿Y cuál es el futuro? Como punto tercero, sólo tengo cinco. ¿Qué retos tenemos delante?

Yo les voy a situar también cuatro retos. El reto de la vida. La biología nos da de vez en cuando sorpresas. Nos hace aparecer patologías que nadie esperaba. La gripe A, póngase como ejemplo, que hace temblar a los sistemas de salud de todo el mundo, sin que nadie esperase esto. Se podía pensar que en algún momento la habría, de hecho se pensaba que en algún momento ocurriría. Pero nadie esperaba que fuese el día D, hora H, en el sitio ese. La evolución de la vida, medida en términos de esperanza de vida ajustada, o sin ajustar, nos ha puesto ante la evidencia de la prolongación de la edad de la muerte y ante la consideración que ha venido a decirse aquí pero yo quiero repetirlo otra vez. De retos asociados a esta prolongación de la vida y el envejecimiento que esto supone. Puesto que no ha prolongado la vida cuando uno es joven sino prolongada una vida cuando uno es viejo, el envejecimiento que esto supone. Y a la consideración esperable de pluripatologías asociadas al propio envejecimiento, añadida a la cronicidad de los procesos de las patologías. O las patologías crónicas e incluso desde antes de ser viejo.

Las mayores preocupaciones que han sido expresadas en esta tribuna han sido la necesidad de ver que la cronicidad y el envejecimiento son los dos retos más importantes que nos tiene que hacer orientar nuestro trabajo y nuestro sistema de salud, a la vez que se nos apela a lo difícil que es esta orientación. Cuando nosotros 200 años después de haber nacido, 300 años después, 100 años después o los que cada organización tenga, nunca hemos pensado en esto.

Segundo reto, la legitimidad. ¿Qué estamos produciendo y qué se nos pide producir? Sólo les voy a recordar las evidencias hace tantos años puestas en consideración ya por la OMS de que aportamos servicios sanitarios. Y la sociedad nos pide que aportemos salud. Pero nosotros estamos, hacemos nuestro negocio, basándonos en la mentira consciente de prometer a la sociedad salud. Sabiendo que no aportamos salud mayoritariamente. Que los que más aportan salud son otros. Es el propio ciudadano con sus estilos de vida, de verdad, es la organización, la mejora de las aguas, del medio ambiente, etc. es en parte la genética.

Y nosotros, que gastamos mucho. Porque pensamos que hay que gastar mucho en esto tan trascendental que nosotros hacemos que es dar vida. Nos justificamos en la “trascendentalidad” de nuestra propia función. ¿Cómo no se nos va a legitimar si nosotros somos quienes damos vida?

(...) Tenemos que renacer. Y el último punto, yo les voy a plantear renacer desde la aceptación de siete principios. Renacer en el hombre social. El profesor Larroca dice el hombre. Es otra manera de decirlo sólo. La superación del hombre económico al hombre social. Es decir, la consideración de que el paciente que nosotros atendemos es un ciudadano. Que legitima su papel como ciudadano en cuanto a que toma conciencia de que él es protagonista en la financiación de nuestros sistemas. Y además tiene oportunidades de mejorar la información que él tiene sobre el sistema. Dada la consideración que le damos como ciudadano. Y exige, y nosotros favorecemos, que el sistema se monte alrededor del ciudadano.

Que es un paso más en el principio “a reorganizarnos”. Colocando al paciente en el centro. Colocando al ciudadano en el centro. Y llegando, por tanto, —segundo principio— a intentar afectar a la salud de los ciudadanos.

No a la recuperación del estado de salud de un paciente. Dándole cuidados y proporcionándole diagnósticos y terapéutica con un intento de curar. Es decir, reorientando el sistema a los principios fundacionales, diríamos, del sistema sanitario en la Edad Media.

Es decir, estando donde están los ciudadanos. Aportando conocimiento, experiencia, investigación, profesionalización, esquemas de producción de salud. Derribando los muros virtuales de los hospitales. Colocándolos en las calles, en los clubes de jubilados, las escuelas de los niños, en los mercados, en los domicilios, en las carreteras. Haciendo que el sistema de salud penetre en todo el entramado social que articula el comportamiento como hombre social. Sin olvidar al médico.

Y tercero, hay que renacer en el médico. Luis Gabilondo tiene —me lo ha recordado Encarna ahora mismo— una frase que dice que basta cambiar una letra; que basta hacerle pensar al médico si su comportamiento es el mismo cuando lleva una bata o lleva un camisón para hacerle replantear su papel en el sistema. Y basta por tanto situarle en el papel de aportación al enfermo desde el punto de vista del enfermo o del sano que requiere de sus servicios. Es decir, resituarnos en el punto de vista de quien consume nuestros servicios. Y pensar en nuestras estrategias profesionales pensando en añadirle a éste satisfacción, valor.

Y, segunda cosa, la consideración una vez se ha puesto el camisón, de que si a la palabra paciente se le cambia la c por una r queda en pariente. Y entonces no sólo considerarle como un paciente, sino como tu padre o como tu hijo o como tu hermano. Es decir, darle más de lo que se espera. Gestión sorpresiva. Si no logramos sorprender en positivo a los ciudadanos, a los que reorientamos, el sistema sanitario como sistema de salud sorprendiéndoles, no lograremos renacer con éxito en el rigor. No se le puede iluminar a uno la cabeza y decir “hoy voy a hacer esto”. No, en el rigor de la propia concepción del modelo que permita renacer.

Contrato social decía el profesor Larroca, ayer el Profesor López Ibor también, en la brillante conferencia. Como sea, pero rigor. Desde todo punto de vista. Desde el punto del esquema de los procesos productivos. Desde el punto de vista de la generación de las relaciones entre los agentes de este pseudo mercado. Permítanme la palabra. Del esquema del propio papel asignado a la Administración como financiadora, reguladora del esquema de la garantía de resultados. Donde haya que dar garantía frente a resultados. Que cada vez se nos va a exigir más. Se nos exige más resultados y menos empleos de recursos. Y nosotros no estamos preparados para eso.

Sin embargo, si tenemos que renacer tenemos que renacer garantizando resultados. Y será un problema nuestro. Es como que me monto en un avión y soy piloto y digo “no, yo no les garantizo que vamos a llegar bien. Lo que les garantizo es que voy a poner todo lo que sé en dirigir el avión entero”. Cómo les podemos decir y hacerles firmar a nuestros pacientes ahora documentos que digan ¿sabe usted que se le puede complicar esta intervención? (Póngase por caso de amígdalas.) Y siete folios servidos de complicaciones de esto. Entonces no me responsabilizo de lo que pueda pasar. Y un soporte legal a mayor responsabilización de los resultados. Esto se va a acabar. Ya empiezan algunos médicos de algunas especialidades a tener problemas con esto.

Ya se empieza a decir por parte del Poder Judicial que ya escuchamos discursos. Hombre, que depende de qué circunstancias y de quien sea y de dónde y de que se haya pedido, se puede interpretar exigencia de resultado, distinto a la exigencia de medios. Entonces, cada vez más renacer desde lograr resultados. Tenemos que lograr de verdad afectar a la salud. Si no, no renecemos. Si no, vamos al agotamiento. Y a la decadencia como dice el profesor Larroca.

Y en el orgullo de llevar la cabeza levantada siempre como sistema. Y por tanto, en la búsqueda del respeto social que siempre, históricamente, se ha tenido a los médicos. Y que desde que buscamos profesionalizar para conseguir legitimación basada en el respeto al valor de la eficiencia. No sabemos cómo, pero empezamos a perderlo. Propongo renacer en la salud desde la consideración de que el médico es agente de salud y no de asistencia sanitaria. Y ganaremos el respeto. Y el médico tendrá que trabajar en el orgullo de que tiene un equipo que le sigue. Y que se convierte de nuevo maestro. Y que crea escuela y no sólo cátedras.

Y se convierte en maestro de otros médicos que basan su trabajo en el orgullo de pertenencia a esta sociedad a la que sirven. Y a la que aportan valor y, por tanto, eficiencia. Y en el respeto al trabajo de otros en el mismo sentido. Por tanto, apelación al trabajo en equipo como norma, no a la individualización. Juzguen ustedes que no nos van a dejar de verter otra vez a esquemas de consultas individuales ubicadas fuera por ahí, diseminadas.

Se nos exige aplicar las tecnologías de información y comunicación para la sustituir a las consultas individuales. Donde el médico de pueblo es el que más ha afectado a la salud de ese pueblo. Pero era el único y no podía hacer nada más.

(...) Por tanto, apelo a la ética del hombre social, del médico, de la salud, del rigor, del orgullo, del respeto y de la colaboración con otros. Recuerdo como término Nelson Mandela el discurso en la tumba de su hijo muerto de SIDA en el año 2006 aludiendo a aquella poesía de un paciente que a los 29 años le amputaron una pierna en un hospital y estuvo 28 años en un hospital. Murió a los 54 años y le daban de vida sólo 2 meses cuando le amputaron la pierna.

Él escribió el poema que se ha hecho famoso a raíz de una película, "Invictus". Terminaba el poema "Soy el dueño de mi vida. Soy el capitán de mi alma". Es decir, voy a decidir si vivo o no. No lo van a decidir ustedes. Y voy a decidir a dónde voy y qué voy a hacer. Y les voy a demostrar que mi orgullo de ser humano va a sobrevivir a cualquier cosa que ustedes tengan pensado para terminar con mi vida. Esa fue su consideración. Yo me revelo frente a estas cosas.

El último punto. A mí me gustaría poner a disposición de todos ustedes una herramienta que hemos diseñado y pensado por unas cuantas organizaciones de las aquí presentes para ayudar al renacimiento del modelo de salud que es la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud. Que es una asociación de hospitales y clínicas y de servicios gestores de hospitales y clínicas españolas, privadas y públicas. Con un intento solamente de hablarnos. De compartir visiones. Contrastar visiones. Valorar estrategias. Modificar, si así viene, principios. Cada uno en el marco de su libertad y de su papel que juega en esta sociedad. Simplemente hablando, reuniéndonos, trasladando información entre nosotros para favorecer la mejora de nuestras propias competencias.

A veces haremos *benchmarking*. A veces haremos congresos de compartir ideas. Pero siempre desde el respeto al papel que cada uno juega en sus organizaciones. Y con la fuerza que da la consideración de que todos trabajamos en lo mismo. Y de que tenemos que repensar cómo renacemos todos.

Gracias al doctor Antonio Bartolomé, que trabajó mucho en la gestión de esta idea al principio. Y en la implicación de las clínicas privadas y con los hospitales públicos españoles. Articulados en torno a aportar su valía y su trabajo en este diseño y en esta fundación. Al Servicio Madrileño de Salud y al Servicio de Salud de Castilla La Mancha en las personas de Antonio Burgueño y Ramón Gálvez que han compartido con nosotros su trabajo. Y a la generosidad de la fundación Bamberg que pone todos los recursos, todo el conocimiento aplicado, todas las infraestructuras. Para que seamos capaces, gracias, de no hacer nada, de ser de verdad agentes que favorezcan este renacimiento.

Que yo, desde esta tribuna, por último, no digo que me gustaría, y no solicito que se haga, exijo, como ciudadano y como gestor, que ustedes-nosotros —como diría un andaluz castizo— renazcamos. Nos empequeñecemos para sacar el orgullo y el sentido de pertenencia a este movimiento. Y hagamos renacer. Si no, nos hundimos. Si no, nos agotamos. Si no, no seremos capaces de perdurar ni un siglo más. Muchas gracias.



FORO INTERNACIONAL DE LÍDERES EN SALUD (FUNDACIÓN BAMBERG)

AMPLIO RESUMEN DE LA CONFERENCIA DEL DIRECTOR GENERAL DE LA UNIÓN CATALANA DE HOSPITALES, BOI RUIZ



(...) “A la hora de hablar de la sostenibilidad del sistema sanitario, deberíamos ser sinceros con nosotros mismos y no hacernos trampas al solitario. Nosotros tenemos que en estos momentos intentar hacer sobrevivir al sistema sanitario. Eso quiere decir vivir a lo mejor en peores condiciones que las que tenemos ahora para no morir. No vamos a sostener lo que tenemos. Lo que tenemos que sostener en estos momentos es prácticamente imposible los 5, 6 ó 7 próximos años. Vamos a intentar sobrevivir en las condiciones que podamos hasta que, desde el punto de vista económico, que no financiero, nuestro país y Europa vuelvan a tener los crecimientos oportunos que le permitan hacer frente a sus gastos sociales.

Dicho eso, el primer principio que tendríamos que plantear como reforma para sobrevivir —porque es una reforma para sobrevivir—, es romper con ese esquema de que el sector sanitario es un sector que como no está en el mercado, por lo tanto tenemos que administrarlo y no gestionarlo. Habría que profundizar de una vez por todas en esa separación real entre los órganos encargados de las líneas generales de la política, es decir entre la Administración y los políticos, separación real, y las unidades encargadas de procurar la atención a los ciudadanos. ¿Por qué? Porque todos los gestores sabemos que los problemas son generales. Pero las soluciones son locales. El problema está manifestado de forma diferente en cada hospital. Y si eso lo aplicamos a lo que decimos los médicos de que no hay enfermedades, hay enfermos. Cómo no vamos a aplicarlo a que los problemas hospitalarios son generales pero se manifiestan de forma diferente en cada lugar.

Fíjense en una tontería. Todos tenemos amigos médicos, todos. Y les preguntas “¿Qué cómo estás?”. “Hombre yo bien, no me puedo quejar. En el hospital vamos haciendo, pero ¡qué mal estamos los médicos!”. “¿Pero tú estás mal o bien?” “No, no. Yo no me puedo quejar.” Y eso uno, y otro, y otro. ¿Por qué? Porque normalmente, y saliéndose muchas veces por la tangente, en cada uno de los centros se intenta buscar alguna solución paliativa. Esa solución no habría que hacerla desde entre comillas “la clandestinidad” y la vigilancia permanente en el cogote de un interventor o de un síndico de cuentas. Habría que hacerla con la legitimidad absoluta, autonomía de gestión, responsabilidad.

Porque gobernar es dirigir. Es decir, a dónde hay que ir. Y gestionar es llevar el coche. Y por lo tanto, son dos funciones totalmente diferentes. Cómo vamos a progresar en la gestión si cada vez que coge el volante el gestor, el copiloto que es el que dice que dónde vamos a ir, que es la Administración, le va tocando el volante de vez en cuando, diciéndole “no, no vayas por aquí. Por aquí no me gusta”. Esto me deja de gustar. Por lo tanto, reforma profunda de verdad. Y eso quiere decir que los organismos y las entidades gestoras y los centros sanitarios tendrían que tener total autonomía de gestión del encargo recibido por la autoridad sanitaria. Tengan o no personalidad jurídica pública. No vale decir es que como no tiene personalidad jurídica pública no se puede “empresarializar” un centro público. Entonces entramos en el marco demagógico que es que cuando tú “empresarializas” la gestión de un servicio público, siendo y conservando la titularidad pública o revertiendo la actuación en pública dentro de unos años, se llama privatización.

Por lo tanto, para nosotros es absolutamente indisoluble el poder solucionar la situación de supervivencia si podemos centro por centro buscar las soluciones oportunas al problema que se manifiesta en ese centro. Eso sí, evidentemente no se puede pedir autonomía de gestión sin pedir responsabilidad y exigencia de la responsabilidad. Aquí el que no obtenga los resultados, como decía antes José Soto, tendrá que asumir que no ha obtenido los resultados. Y eso le costará lo que le tenga que costar. Lo que también es cierto es que para poder exigir resultados hay que consensuar, practicar medidas, como tienen otros sectores. ¿O no tiene una central de balances el sistema financiero? ¿No podemos tener una central de balances de los hospitales de este país o de los servicios de salud? ¿Con unos indicadores relevantes que nos permitan comparar y que permitan establecer los grados de eficiencia y de productividad? Gran problema de este país.

Porque al final tenemos que sobrevivir a un reto de la realidad. No olvidemos que la realidad es ésta. No nos podemos endeudar más. Estamos endeudados hasta el cuello. ¿Por qué? Porque nuestra riqueza no nos permitía pagar el sistema sanitario que teníamos. Con una participación tan importante de las finanzas públicas. En segundo lugar, aparte de no endeudarnos más, tenemos que devolver el crédito. Y por lo tanto ese es un gasto corriente devolver el crédito. Y eso nos va a restar el gasto corriente acorde. Vamos a tener un gasto corriente acorde con el devolver el crédito. Y no poder endeudarnos más. Y eso es gestión de supervivencia. No es gestión de sostenibilidad.

Escuchamos sostenibilidad, sostenibilidad, sostenibilidad cuando estirábamos más el brazo que la manga. Ahora no, ahora es supervivencia en todos y cada uno de los ámbitos. Por lo tanto, es el reto que desde el punto de vista empresarial considerando, como decía antes, las instituciones sanitarias como empresas. Toda empresa tiene que cumplir con cuatro elementos básicos. Tiene que saber qué servicios tiene que producir. Tiene que saber para quién los produce. Y quién los paga. Y cómo producirlos. Eso hasta ahora es una constante que podríamos responder más o menos bien. Qué servicios producir: todos, prácticamente. Para quién: para todos. Quién los paga: entre todos. Y cómo producirlos: desde unos servicios y unos sistemas sanitarios que sean de todos. Hasta ahora el denominador común en la respuesta era “todos”.

Por lo tanto, si éste es el reto de la realidad habrá que elegir el método de producción más adecuado a tener el gasto corriente acorde. Tanto desde el punto de vista del coste como del rendimiento. España ha vivido y hay que decirlo sin ningún temor, de todas aquellas generaciones que han trabajado más de 40 horas a la semana. Nuestros padres, nosotros mismos, somos de la generación de las 40 y más horas a la semana. No se puede generar la misma riqueza y mantener los niveles de riqueza del país si trabajamos 30. No es posible.

Y nuestro gran problema en este país es que hemos hecho dos cosas. Trabajar menos horas y aumentar los salarios. Y no sólo en el conjunto de la economía del país, sino especialmente en el sector público sanitario. ¿Cómo es posible que los hospitales públicos en la mayoría de las comunidades autónomas prácticamente, aproximadamente un trabajador libre durante dos meses? Y trabajen en realidad 10 meses al año. ¿Nos lo podemos permitir? ¿O lo sencillo es bajar un 5% los sueldos? A lo mejor lo sencillo o lo más difícil es por el mismo sueldo trabajar un 15% más. Seguramente, el precio coste-hora que tendríamos que aplicar en nuestro servicio sanitario sería uno muy diferente.

Creo que el gran problema de nuestro país, y especialmente focalizado en el sector sanitario, es nuestra baja productividad. Que muchas veces se confunde con que trabajamos poco. No que trabajamos poco, que con las horas que hacemos no podemos hacer más. Si cada vez hacemos el divisor más pequeño, el coste de cada una de las horas de trabajo va a ser más alto. Y no nos engañemos. Y no nos hagamos trampas al solitario. Y por lo tanto, cualquier actuación que no vaya en mejorar la productividad con acuerdos serios con los sindicatos, no con acuerdos unilaterales de bajar los salarios, no prosperará en sentido positivo.

Cuando hablamos de eficacia y eficiencia de los órganos organizativos, ¿a qué nivel? Porque claro, siempre ponemos el dedo en el hospital. En los términos de siempre. Que compren mejor y no gasten tantos medicamentos. Y no suplan las vacaciones y no gasten tanto en gasas. Esa es la eficiencia micro. Que evidentemente no hay que renunciar a ella ni muchísimo menos. Pero sí que hay que plantearse algunas que otras cuestiones. Hablemos a nivel macro de la eficiencia y la eficacia. Ya hemos hablado un poco de que ganaríamos enorme eficiencia con determinadas reformas en cómo gestionar las cosas con más autonomía y con más orientación y responsabilidad con los resultados. Por lo tanto, habrá que reformular, como decía antes, si todo aquello que decíamos de todo, todo, todo es ingente. O tenemos que plantearnos respuestas diferentes, insisto, desde el punto de vista de la supervivencia.



A nivel “meso”, que podríamos entender que es la distribución de los recursos y la planificación. Creo que habría que cambiar demagogia por pedagogía. Ya no podemos decirle que todo es posible a los ciudadanos. Me parece que es engañarlos. A los ciudadanos hay que decirles que es posible esto y hasta este punto. Porque ha llegado incluso un momento en que con un crecimiento desmesurado de dispositivos sanitarios estamos confundiendo la equidad de acceso geográfico a la equidad de acceso a los resultados. Nosotros lo primero que tenemos que garantizar al ciudadano es que allá donde sea atendido habrá una masa crítica suficiente que le garantice que va a ser atendido con seguridad y con calidad.

Y no el acceso meramente geográfico. Por lo tanto, dejemos la expansión estructural del sistema. Porque no la podemos pagar. E intentemos racionalizar la oferta que tenemos en estos momentos. Y racionalizarla no sólo desde el punto de vista de no hacerla más grande. Sino de hacerla más pequeña. Que no significa cerrar hospitales. Significa racionalizar servicios.

Lo que no es posible que en un país que estamos dispuestos a movernos 20, 30, 35 kilómetros de coches para ir a un área comercial a comprar no sé qué. Cuando nos tenemos que mover para hacer una consulta de salud digamos que cómo vamos a tener un centro sanitario a esa distancia. Me parece que hay que volver a decirle a la gente que tenemos que tocar con los pies en el suelo. Que nuestra realidad es otra. Y que nuestra realidad no es vivir a un ritmo de vida que no podemos pagarnos.

Y a nivel micro, insistir en que si el proceso productivo de los hospitales privados se rige bajo el derecho privado. Qué impide que esté sujeto al derecho privado la gestión de los hospitales públicos. ¿Por qué un hospital público no puede tener criterio de devengo y funciona con criterio de caja? Nunca sabemos cuál es el resultado de un hospital público. Aquello que dicen las facturas en el cajón. Porque mientras no las has pagado no existe ese gasto. ¿Cómo un hospital público no puede tener el derecho a elegir directamente el personal que necesita y quiere?

¿Cómo es posible que un hospital público no tenga en su contabilidad amortizaciones? Estamos hablando de eso. No estamos hablando de privatizar nada. Estamos hablando de poder medir como una empresa cómo está funcionando esa empresa. No podemos depender permanentemente un hospital público de los criterios presupuestarios de inversión. Porque no tenemos amortizaciones contables. Estamos hablando de esa transformación. Para poder gestionar esa supervivencia que necesitamos gestionar. No vale el criterio de caja. Que no vale para gestionar una empresa. Vale para la Administración pública. Para gestionar el erario público y el patrimonio público. Pero no vale para gestionar una empresa.

Nadie se le ocurriría en una empresa normal decir que no consta en la contabilidad un gasto hasta que no lo ha pagado. Es una barbaridad empresarial. Pues esa barbaridad empresarial persiste. No es posible que una empresa que tiene una producción concreta y que tiene que articular a los equipos concretos, no tenga la libertad de elegir a los profesionales que necesita en ese momento por el perfil que necesita y no por otros criterios de selección. Que son los criterios que la empresa necesita. Esas son las reformas necesarias del sistema sanitario para sobrevivir. Porque si no tendremos equipos ineficientes porque no hemos podido escoger a las personas que necesitamos para hacer eficiente el servicio.

Cualquier esfuerzo de abajo a arriba, ese que decíamos de las gasas, de no gastar gasas, de los fármacos... eso es un esfuerzo que resta del gasto. Sólo hace eso, sólo resta. Y es un esfuerzo importantísimo de las organizaciones. Pero las otras actuaciones que estoy diciendo desde arriba abajo, esas multiplican. Una decisión arriba que cae en cascada en todo el sistema, multiplica. No resta sólo en el nivel en el que se han tomado medidas. Por lo tanto, teniendo en cuenta los diferentes niveles y lo que decía que el esfuerzo ascendente resta y el esfuerzo descendente multiplica, tendremos que tener instrumentos suficientes que nos permitan economías de escala y productividad. Esas economías de escala y productividad que es lo único que nos va a hacer sobrevivir significan que el agente financiador va a tener que practicar otro sistema de asignación que no va a ser histórico. En este país la asignación territorial normalmente pasa por aquello que teníamos el año anterior. Y a partir de aquí un poquito más, alguna vez un poquito menos. Pero siempre un poquito más. Va a tener que ser otra concepción del agente financiador.

El comprador de servicios, separado claramente del agente financiador, tiene que poder comprar servicios en todo aquello que tengamos disponible para prestar servicios sanitarios. Siempre y cuando se cumplan unas reglas comunes, de calidad, rendimiento y transparencia. No vale desaprovechar recursos. No está el país para desaprovechar recursos. Quiere decir, éste, como la titularidad del edificio no es de la Administración pública, éste no entra en el sistema.

Por lo tanto, el comprador de servicios a comprar con otros criterios. Y con un criterio en que aquél que esté en el mercado sepa que puede ser expulsado del mercado si no hace las formas y los resultados que le son exigibles. No vale tampoco aposentarse en un mercado del que uno no saldrá nunca. Porque como siempre todo el mundo lo hace bien, no hay ningún problema y te aposentas. Hay que empezar a plantearse que salga gente, sea expulsada del mercado. Porque sus rendimientos no son adecuados. Y si es sector público ser intervenido. El Estado tiene mecanismos para solucionar deficiencias. Ser intervenido, no ser subvencionado. Que es lo que ocurre muchas veces.

Por lo tanto, la sostenibilidad continua, como decíamos, va a corresponder a aquellos que tengan la visión clara de que tenemos que sobrevivir. Insisto, hemos cambiar la terminología sostenibilidad por la de sobrevivir. Esta situación es mucho más grave que la que se planteaba simplemente con aquello de ¿podemos seguir haciendo las cosas que estamos haciendo o tenemos que hacer algún ajuste? Ahora no, ahora el ajuste tiene que ser francamente duro y francamente dramático.

El reto de la realidad insisto, supera en cualquier matiz que se quiera hacer a, planteamientos demagógicos, de trampas al solitario y de negar la realidad. Por tanto, nuestro modelo organizativo para sobrevivir va a ser un modelo organizativo en que todos y cada uno de nosotros seamos capaces de trabajar en red. Tener cada uno lo que no tiene. Saber que lo puede obtener en la red en otro. Y otro obtener lo que no tiene en otro. Si no somos capaces de hacer eso, el sistema difícilmente sobrevivirá. Y sobre todo, "ad hocrático". Las organizaciones hospitalarias no pueden ser, insisto, dotadas de un mecanismo de organización. Primero que se aleja de la empresa. Y segundo que trata de buscar soluciones iguales a problemas que si siendo iguales, insisto, no se manifiestan de la misma forma. Porque al final la grandeza de una organización para sobrevivir es, como decía al principio, el doctor Larroca, el organizar es humano. Por eso existen tantas diferencias. Maneras de organizar las cosas.



El hombre es el único ser vivo racional, mientras no se demuestre lo contrario. Hay alguna excepción. Y la única opción buena es la opción viva. Es decir, aquella que puede cambiar.

Las organizaciones hospitalarias públicas son estas organizaciones muertas. A no ser por la vivencia y la vida que le introducen los gestores, muchas veces mal entendidas. Nuestra vida depende de la vida de los gestores. Pero fíjense ustedes, hablamos de empresas, hospitales, centros sanitarios, donde falta la parte más importante de la anatomía de una empresa. Falta la presencia de la propiedad. ¿Dónde está la propiedad de la empresa? Una cosa es la gestión, decía el profesor Larroca y otra cosa es la propiedad. Es inconcebible

en cualquier empresa que no haya un Consejo de Administración a quién rinda cuentas el gerente. Y el gerente rinde cuentas mucho más lejos que a quien le tendría que rendir en su propio hospital. Y le rinde cuentas a la Administración. Rinde cuentas directamente de sus resultados al contratante, como contratante.

Y no hay Consejos de Administración en los que el gerente pueda soportar sus decisiones que puedan tener apoyo y que sean aquellos que estén planteamiento la visión y el futuro de esa supervivencia necesaria. Por lo tanto, reformas estructurales profundas en la organización de hospitales, “ad hocracia”, libertad y autonomía de gestión, exigencia sin concesiones a los resultados y expulsión del mercado de aquel que no vale. Muchas gracias.

INTERVENCIONES EN EL COLOQUIO A PREGUNTAS DE LOS ASISTENTES

→ **¿Cómo podemos hacer para lograr que nuestro mensaje llegue a los políticos?**

→ Coincido mucho con la Consejera de Cataluña, en que somos perfeccionistas, autocríticos, y creemos que las cosas las podemos hacer mucho mejor de las que las hacemos. Pero si comparamos en mi país, y supongo que en Argentina igual, otros servicios públicos como justicia o como enseñanza, imagínense ustedes en España si los resultados que tienen enseñanza los tuviéramos en el sector sanitario. O los resultados que tiene Justicia. Cuando dicen “es que tienen ustedes listas de espera en sanidad”. ¿Saben lo que es una lista de espera en un juzgado? Porque una lista de espera en este país te puede arruinar la vida biológica, pero no nos pasa. Tenemos criterios de priorización y no arriesgamos la vida. Ahora, un retraso en un juzgado de años arruina una vida social y una vida de una empresa. Y no pasa nada.

Y por lo tanto a nosotros, por mucho que intentemos preocupar al político, dirá “pero si ustedes son una excelencia”. Y nosotros muchas veces nos flagelamos diciendo lo mal que lo hacemos, “hay que mejorar y hay que sobrevivir...”. Y no nos damos cuenta de que hay otras cosas que les preocupan mucho más porque los resultados son nefastos.

Y la segunda, estamos en una posición buena, pero de debilidad para reivindicar una mayor preocupación de los políticos en la sanidad. Por lo tanto, mientras sea porque lo hacemos bastante bien, no nos quejamos de que nos hagan caso, aunque nos lo deberían hacer, y debería estar en la agenda política. Pero en segundo lugar, creo que hay otro elemento que va a condicionar que los políticos se preocupen de la sanidad. Y eso será el día que no puedan pagar una nómina pública. Y no es almar. Pero habrá un momento, como decía antes, si no nos podemos endeudar más, si la sanidad es un trasatlántico que no tiene capacidad de frenada rápida, sino que tiene un movimiento inercial importantísimo, por muchos recortes salariales que hagamos. La inercia va a ser imposible y habrá que hacer un replanteamiento diferente. Si no queremos que ocurra lo que no resiste ningún político, ni del gobierno ni de la oposición: que no se pueda pagar una nómina pública.

Que no se pueda pagar a un proveedor y se le pague a 900.000 días, eso no es un problema político. Pero en cambio el no poder pagar lo que tienes que pagar cada mes, que es el sueldo de los empleados, eso sí que es un problema político. Y por lo tanto, o prestan atención, y me da la impresión de que lo van a hacer. Con reformas que sean absolutamente necesarias sin cortoplacismo. Sino que lo que hagamos ahora sea para sentar las bases de esa supervivencia que decía. O van a tener el problema de no poder pagar la nómina. Es lo mismo que el paciente que le dices: “oye, no comas tantas grasas, tienes el colesterol alto...”. No se preocupa del colesterol hasta que no se le taponen una arteria coronaria. Entonces sí que se preocupa. Por lo tanto, no les ha llegado todavía el taponamiento de la arteria coronaria a los responsables de la Administración pública. Cuando les llegue el tapón de la coronaria sí que tendremos que correr todos. Entonces sí que se preocuparán. Y nuestra función social es estar permanentemente alertándoles de que se les puede taponar la coronaria.

→ ¿Qué modelo explicamos de España si en cada CC.AA hay uno distinto?; ¿Puede cambiar la titularidad política la gestión sanitaria de la sanidad en Cataluña?

→ Creo que el error de base está en pensar en que puede haber un único modelo. Yo insisto en lo que decía antes en mi intervención. No hay enfermos, hay enfermedades. Todos tenemos un diagnóstico muy compartido de cuáles son los problemas sanitarios y de la gestión de la salud. Lo que todos cometemos el error, seguramente por un tema de estatus quo, de querer que en una sola mesa haya una sola solución. Lo primero que tendríamos que compartir es el análisis. Que yo creo que lo comparte todo el mundo. Lo que ese enroque que hay en que haya una sola solución.

Por ejemplo, uno de los problemas más graves que tenemos en todos los sistemas sanitarios es el de la relación y el encaje de los médicos. No podremos llegar nunca a un acuerdo con todo el colectivo médico. Sino a un acuerdo con los colectivos médicos que trabajen en cada uno de los hospitales. Y ser nosotros los que hagamos las políticas de incentivación y reconocimiento. No lo va a poder hacer un sistema en su conjunto, ni universal, ni local, ni regional. Lo que sí que hay que compartir son los principios, valores, visiones. Pero además querer compartir la operativa y estrategia es imposible. Por lo tanto, cuando explico los modelos, explico siempre el de la diversidad. El del concretar la parte troncal en la que estamos de acuerdo. Nadie en este país, y creo que en los sistemas nacionales de salud, está en contra, en absoluto, de que tengamos un sistema universal, financiado por impuestos de todos, descentralizado, etcétera.

Otra cosa, es que en concreto en España, seguimos todavía con una Ley General de la Sanidad, que no se dotó de reglamento propio. Y usa el de la Seguridad Social. Eso me lo habrán oído decir 30.000 veces. Tenemos un SNS en que tus derechos, en España, son en función de si eres clase activa o pasiva, no de contribuyente. Yo tengo el medicamento gratuito o pago el 40% en función de si soy clase activa o pasiva. En cambio contribuyo por mi nivel de renta, por poner un ejemplo.

Hay unas contradicciones de sistema que habría algún día que repasar. Y no seguramente repasando la Ley General de Sanidad que muchas veces se invoca. Sino repasando la parte más reglamentaria. Tenemos un Sistema Nacional de Salud donde los hospitales siguen sin ser aún la mayoría de ellos de los sistemas regionales de salud, son de la Tesorería General de la Seguridad Social. Entonces claro, cuántos años hace de la Ley General de Sanidad. Tenemos unas reformas importantes que hacer desde el punto de vista de nuestro ordenamiento de reglamento. Por lo tanto eso que estoy diciendo de Seguridad Social, impide cantidad de cosas y de adaptaciones necesarias en cada uno de los problemas y en cada uno de los territorios. Y tenemos que buscar mecanismos de solución. Creando artificios, empresas públicas, consorcios. Porque si no generaríamos muchas dificultades. Por tanto modelo de principios, de visión y valores, único. Y entonces aplicación de ese modelo en función de la realidad de cada una de las entidades.

Y en lo que respecta a Cataluña. Yo creo que es una comunidad autónoma en la que hay, ha habido y espero siga habiendo, un cierto consenso en el ámbito sanitario. En que gobierne quien gobierne se ha hecho lo mismo. Yo creo que las políticas de Marina Geli han sido las mismas políticas que los gobiernos anteriores. Y en todo caso las políticas empleadas por Javier Trías. Por tanto, yo creo que con cambio de político, o no, yo lo puedo decir con toda valentía el discurso aquí. Porque es un discurso que sé que tanto los que gobernarán ahora como los que han dejado de gobernar lo comparten, por lo tanto no me preocupa...



BUROFAX CON CERTIFICADO DE TEXTO Y ACUSE DE RECIBO

FEDERACIÓN NACIONAL DE CLINICAS PRIVADAS

C/Profesor Waksman, 5, 1º D

28036 MADRID

Madrid 1 de diciembre de 2010

D.Jesús GOMEZ MONTOYA

D.Antonio MONTERO SINES

D.Jose Ramón SANTAMARIA BARREIRO

Estimados Compañeros de Federación:

En mi calidad de Presidente de la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de Madrid, perteneciente a la Federación Nacional de Centros y Empresas de Hospitalización Privada, y ya que vosotros sois los encargados según nuestros Estatutos de la Transición a fin de convocar Elecciones, os he de manifestar lo siguiente:

1.-El Plazo para convocar Elecciones en la Federación se abrió el día 24 de Noviembre de 2010 por lo cual finaliza el día 24 de Enero de 2011, por lo que os ruego nos enviéis y efectuéis con toda urgencia la convocatoria oficial de las mismas.

2.-Durante este periodo vuestro deber se circunscribe única y solamente como no puede ser de otra forma al no estar legitimados, al día a día para el normal funcionamiento de la Federación y para la convocatoria de las elecciones mencionada, no pudiendo por lo tanto efectuar ni tomar ninguna decisión fuera de lo antes dicho.

3.-Esta Asociación que represento para el caso de que no actuarais de acuerdo a la Lex Artis de vuestro desempeño actual, declina cualquier responsabilidad por aquellos actos que efectuéis fuera de la misma, planteándose inclusive el abandono de la Federación Nacional de Centros y Empresas de Hospitalización Privada, guardándonos inclusive el derecho a ejercitar las acciones civiles y penales que nos pudieran corresponder, por aquellos actos vuestros que se salgan de lo manifestado anteriormente.

4.-En cualquier caso y mientras que dura este periodo de elecciones os prohíbo cualquier acción en nombre de nuestra Asociación, que no nos sea notificada fehacientemente y autorizada por mí en mi Calidad de Presidente de la Asociación.

Fdo.-Isidro Díaz de Bustamante

Presidente



Unión Murciana
de Hospitales

FEDERACION NACIONAL DE CLINICAS PRIVADAS

C/. Profesor Waksman, 5-1º-D

28036-MADRID

D.Jesús GOMEZ MONTOYA

D.Antonio MONTERO SINES

D.Jose Ramón SANTAMARIA BARREIRO

Murcia, 2 de Diciembre de 2010

Estimados Compañeros de Federación:

En mi calidad de Presidente de la Unión Murciana de Hospitales, os comunico que como encargados de la Transición a fin de convocar Elecciones, lo siguiente:

1.-El Plazo para convocar Elecciones en la Federación se abrió el día 24 de Noviembre de 2010 por lo cual finaliza el día 24 de Enero de 2011, por lo que os ruego nos enviéis y efectuéis con toda urgencia la convocatoria oficial de las mismas.

2.-Durante este periodo vuestro deber se circunscribe única y exclusivamente como no puede ser de otra forma al no estar legitimados, al día a día para el normal funcionamiento de la Federación y para la convocatoria de las elecciones mencionada, no pudiendo por lo tanto efectuar ni tomar ninguna decisión fuera de lo antes dicho.

3.-Esta Asociación que represento para el caso de que no actuarais de acuerdo a la Lex Artis de vuestro desempeño actual, declina cualquier responsabilidad por aquellos actos que efectuéis fuera de la misma, planteándose inclusive el abandono de la Federación Nacional de Centros y Empresas de Hospitalización Privada, guardándonos inclusive el derecho a ejercitar las acciones civiles y penales que nos pudieran corresponder, por aquellos actos vuestros que se salgan de lo manifestado anteriormente.

4.-En cualquier caso y mientras que dure este periodo de elecciones os prohíbo cualquier acción en nombre de nuestra Asociación, que no nos sea notificada fehacientemente y autorizada por mí en mi Calidad de Presidente de la Unión Murciana de Hospitales.

Fdo.: Fernando Mesa del Castillo López.

Presidente

A.M.A. colabora con Mensajeros de la Paz



El pasado 2 de noviembre el padre Ángel García Rodríguez fundador de la Asociación Mensajeros de la Paz visitó la sede de A.M.A. en Madrid, donde fue recibido por su presidente Diego Murillo. Durante la reunión la Mutua le hizo entrega de un cheque por valor de 4.000 euros para colaborar en las múltiples actividades que desarrolla dicha asociación, actividad en estos momentos centrada en los graves problemas que padece la República de Haití.

Mensajeros por la Paz fue fundada en 1962 por el padre Ángel García Rodríguez. Es una organización no gubernamental declarada de utilidad pública y de ámbito nacional e internacional que ayuda a los colectivos más desfavorecidos: infancia, personas mayores... Entre otros galardones ha recibido el Premio Príncipe de Asturias de la Concordia.

MANUEL CERVERA: «LA SANIDAD ES LA CUADRATURA DEL CÍRCULO PORQUE CON MENOS DAMOS MÁS»

PILAR G. DEL BURGO, VALENCIA.- 3 años y medio al frente de la Conselleria que gestiona el 40% del presupuesto de los valencianos no han desgastado a este oftalmólogo (Valencia, 1962) que finalizó la tesis doctoral con sobresaliente cum laude. Satisfacciones como la apertura del nuevo hospital La Fe y la lucha diaria por hacer más eficiente una gestión de recursos limitados es lo que hace que la sanidad, en su opinión, sea la cuadratura del círculo



→ **¿Contento con la apertura de La Fe?**

→ De momento sí aunque es un largo camino. Estamos satisfechos, con mucho trabajo y mucha ocupación. Lo importante es que salga bien.

→ **Da la impresión de que se ha precipitado...**

→ No, no, no. Se va a hacer muy escalonada y además en los manuales está previsto un tipo de traslado de estas características, de mes a mes y medio para las consultas y luego empezar con la hospitalización. Creo que se están haciendo las cosas tranquilamente. En cualquier traslado el primer día siempre es un lío. Hay mucha comunicación con los profesionales, nada es desconocido para ellos y me mandan mensajes de satisfacción estos primeros días.

→ **¿Ha recibido muchos?**

→ Sí, me dicen que ha funcionado muy bien y que están muy contentos. Si se toma, que se está tomando, como un proyecto de todos va a salir muy bien porque al final los que pasarán a la historia de haber realizado un traslado de estas características y un esfuerzo de adaptación tan importante a nuevas tecnologías serán ellos.

→ **¿Era necesario este hospital con la que está cayendo?**

→ En España debe haber tres o cuatro hospitales de referencia y uno debe ser La Fe. Yo creo que en una región de cinco millones de habitantes debe haber un hospital de estas características. Estoy con los que dicen que hay que buscar centros sanitarios más acordes con poblaciones más pequeñas pero creo que en las grandes regiones debe haber un hospital de referencia donde se pueda intervenir cualquier tipo de proceso y de situación. Este hospital es necesario en esta comunidad

→ **Bueno, La Fe ya existía, lo que han hecho ha sido construir un hospital nuevo.**

→ Porque los técnicos entendieron en 2001, que es cuando se planteó el proyecto, que era mucho más efectivo y eficiente hacer un nuevo hospital que reformar el que había. Fue una decisión técnica desde el punto de vista de arquitectura e ingeniería que se adoptó en aquel momento.

→ **¿Se refiere a la verticalidad del antiguo?**

→ Por temas técnicos de reforma y construcción que lo aconsejaban. Estoy convencido que tenían toda la razón del mundo porque toda la reorganización de los procesos que se va a hacer en este nuevo hospital no hubiera podido hacerse en un hospital con una construcción como el de Campanar.

→ **Un experto de la talla de Segovia de Arana dice que no son necesarios.**

→ Sí, pero yo creo que no está hablando de La Fe, creo que lo que dice es que no podemos rellenar este país de grandísimos hospitales pero como hospital de referencia en este país La Fe tiene que existir como tal, tiene todo el sentido del mundo.

→ **Y con mil camas nada menos.**

→ Este hospital va a superar la media con creces. Habrá un 50% de gente que se opere y que se vaya a casa. Es un hospital de mucha más alta resolución de los que hay hasta ahora por eso es un hospital de última tecnología.

→ **Parecen muchas camas ante el avance de la cirugía sin ingreso.**

→ Más las 150 que dejamos en el de Campanar. Son las camas que pensamos que son necesarias para un hospital de referencia, porque a parte de atender a las personas del departamento va a acoger cualquier patología rara, trasplante y cirugía y necesita una dimensión adecuada. Si la gripe A hubiera sido más fuerte de lo que fue, se hubiera necesitado este tipo de hospital, bien dimensionado. Y además es un hospital para muchísimos años.

→ **¿Más de los 42 que ha cumplido el antiguo?**

→ Sí. Nos hemos puesto en la primera línea, no nos hemos dejado nada, hemos cogido toda la tecnología nueva, la informática, diagnóstica, terapéutica..., toda la hemos introducido en el hospital.

→ **503 millones de inversión y una conselleria muy endeudada.**

→ No, este país endeudado.

→ **Ya, pero estoy hablando con usted.**

→ Mire la prima de riesgo como está, tenemos un sistema nacional de salud muy potente, uno de los cinco mejores del mundo, pero peor financiado que otros países del entorno. Con menos damos más y además hay que sumar la situación estructural de que somos más, vivimos más, tenemos más enfermedades y la crisis coyuntural y económica. Por eso pido un pacto nacional por la sostenibilidad del sistema sanitario, como lo están pidiendo las consultoras externas, los expertos externos y los ex ministros. En estos momentos todas las comunidades autónomas pedimos lo mismo.

→ **Usted se ha pronunciado en contra del copago.**

→ El copago como medida aislada no lo veo y con esta crisis pídale a los pensionistas un año de esfuerzo. No lo veo. Lo que sí veo es la corresponsabilidad del ciudadano. En España la gente va más al médico que en otros países europeos, tres veces más que en Alemania o Bélgica y dos veces más que en Francia. Entonces, habrá que decir al ciudadano: 'Oiga es que esta usted hiperfrecuentando el servicio sanitario'. En España el 25% de las consultas de atención primaria son de gente que va más de ocho veces al médico al año y eso la OMS lo define como hiper frecuentación, entonces trabajemos en ello, expliquemos a la gente que no por ir más, tiene más nivel de salud.

→ **Si la gente va tanto al médico a lo mejor es porque aquí la salud es peor que en Alemania, Bélgica o Francia.**

→ No, tenemos un nivel de salud y una esperanza de vida mayor que esos países.

→ **Pero a lo mejor es así porque van más al médico.**

→ Vamos hacia una medicina de autocontrol y de autoevaluación, como marcan las sociedades científicas. Vamos a tratar al enfermo crónico para que se evalúe en su casa, como estamos trabajando en La Fe, Sagunt, el hospital General de Castelló y Alicante, porque en el año 2020 el 78% de los españoles tendrá una enfermedad crónica, entonces habrá que ayudarlo a autotratarse, a autoevaluarse para que no se descompense. Se trata de tener al ciudadano sano, lo más sano posible y tratar solamente las descompensaciones, no la enfermedad.

→ **¿El futuro es que el ciudadano se controle a sí mismo?**

→ No, el futuro es que el ciudadano participe de su evaluación clínica, que es lo que marcan las sociedades científicas. En la gripe A los ciudadanos participaron de su autoevaluación, tenían unos test sencillos que podían contestar, porque si el 78% de la población en 2020 tiene un enfermedad crónica y todos deciden ir el mismo día ir a la visita sanitaria ni el sistema de aquí ni el de ningún país daría de sí, por eso estamos trabajando en esa línea, en la prevención y el control de la enfermedad. Ese es el quid de la salud.

→ **Además de la corresponsabilidad del ciudadano, ¿qué otras medidas postula para que el sistema sea sostenible?**

→ Hay otros dos más: los profesionales y la Administración.

→ **¿Cómo va a estimular a los profesionales?**

→ A los profesionales hay que valorarlos por lo que hacen, en la medida que haga falta, sin poner límite. La gente que cumple unos objetivos tiene que estar bien valorada. En la Comunitat Valenciana hemos instaurado el complemento variable pero reconozco que es muy pequeño, me gustaría que fuera mucho más potente. Si lo potenciáramos tendríamos muchísimos mejores resultados.

→ **¿Usted cree que pagando más los resultados serán mejores?**

→ No, yo creo que se conseguirá pagándoles mejor, es decir, valorando lo que hacen. No se puede valorar igual al que hace diez bien hecho que al que hace uno y no tan bien hecho; por tanto hay que valorar cómo se trabaja, que es fundamental en cualquier organización porque eso estimula trabajar bien y estar a gusto con la organización. El reconocimiento, es lo que hemos instaurado en la Comunitat Valenciana hace cuatro años con los acuerdos de gestión, pero me gustaría que fuera más potente.

→ **Para eso tendría que tener más dinero y lo que han hecho ha sido lo contrario, recortarles la carrera profesional durante un año.**

→ Claro, por eso es necesario un Pacto por la Salud, porque eso hay que hacerlo de forma conjunta, para valorarlos de igual forma, de manera organizada y coordinada.

→ **¿Y desde la Administración, cómo se puede sostener el sistema?**

→ Tenemos que trabajar para crear una central de compras común. Aquí funciona desde 1996 y el Consejo Interterritorial la ha pedido para que todo salga mucho más económico: la tecnología, los medicamentos... En estos momentos el poder hace la fuerza y los diecisiete consejeros estamos de acuerdo en el 99% de las decisiones que se toman, sean del color político que sean, aprovechemos entonces esa oportunidad. ¿Cuándo una ministra (en alusión a Trinidad Jiménez) ha tenido tanta facilidad para llegar a acuerdos? En ningún momento. Lo fácil sería hacer demagogia pero no la hacemos. Ha dado resultados en la gripe. Hay que avanzar en esto y rematarlo. Yo creo que el pacto debe estar basado en la coordinación del ministerio con las comunidades autónomas y los dos grandes partidos políticos.

→ **¿De dónde van a sacar el dinero para pagar a los farmacéuticos?**

→ En diciembre pagaremos la factura correspondiente a octubre, que es lo establecido, que no lo pueden hacer todas las comunidades, pero nosotros vamos a hacer ese esfuerzo. Lo vamos a hacer con la emisión de deuda que ha anunciado el vicepresidente económico, pero tenemos que buscar soluciones para que los proveedores cobren lo antes posible, para que los profesionales tengan las mejores herramientas y para que los ciudadanos se encuentren cada vez con un sistema sanitario más accesible y más resolutivo. De eso es lo que se trata, de la cuadratura del círculo.

→ **¿La sanidad es la cuadratura del círculo?**

→ Completamente, en este país sí, porque estamos dando la mejor sanidad con los recursos limitados que tenemos.

→ **¿Y si el sistema no fuera sostenible?**

→ En otros lugares de Europa ya hay funcionarios de otros países controlando la gestión de los servicios públicos. Y eso es lo que en este país, si no se toman las medidas adecuadas, va a ocurrir.

→ **La sanidad es un bien muy preciado.**

→ La sanidad debemos blindarla, y eso es lo que pido, un blindaje, y para eso hay que tomar las medidas adecuadas.

→ **Y hasta entonces, ¿qué?**

→ Seguir trabajando y buscar la eficiencia en la gestión. En el primer trimestre de 2011 haremos un balance de las medidas de eficiencia del control de gasto farmacéutico que han sido descomunales. Estábamos en el furgón de cola y en estos momentos estamos entre los tres y cuatro primeros. Está siendo un trabajo muy importante con medidas concretas.

→ **¿Con genéricos?**

→ Y mucho más, como estrategias de objetivos en los profesionales.

→ **¿Primando a los médicos que los recetan?**

→ Valorando el uso racional de la medicación en los profesionales, pero hay que valorarlo mucho más. Ese es el camino a nivel nacional. Nosotros además lo hacemos sin imposición de nada, con la libre prescripción, pero son los genéricos, el tratamiento sociosanitario de la farmacia en las residencias, las medidas del Consejo interterritorial del reducir un 7% los precios, los nuevos precios de referencia...

→ **Los farmacéuticos están que trinan.**

→ Si no hacemos ver que tenemos un plan estratégico global para hacer sostenible el sistema en el tiempo y damos palos de ciego a sectores determinados (el tijeretazo farmacéutico o el recorte del 5% en las nóminas de los funcionarios), habremos fracasado, la gente pensará que son medidas arbitrarias y que se adoptan porque son fáciles, por eso todas las medidas hay que tomarlas de forma conjunta, no de una manera aislada.

EL CONSELLER NO SE PLANTEA VENDER NINGÚN EDIFICIO PARA TENER LIQUIDEZ

→ **He escuchado que la financiera del Corte Inglés paga las nóminas de los funcionarios y que el hospital Arnau lo tienen hipotecado.**

→ Cómico, un bulo cómico. Es la primera vez que lo oigo, había oído lo del Corte Inglés y el Arnau que es falso, pero lo de la financiera para pagar las nóminas... Las nóminas están en el presupuesto.

→ **Se dice que les adelantan el dinero.**

→ Falso totalmente. Absurdo. Eso último no lo había oído en mi vida.

→ **¿La Conselleria de Sanidad se plantea vender algún edificio para tener liquidez?**

→ No. El suelo de la Fe es sociosanitario y es del INSS y le daremos un uso sanitario.

→ **Se va a quedar muy huérfano ese hospital.**

→ No. Se va a hacer un plan director para decidir la salud de los edificios y si se hacen edificios nuevos, que seguramente será así, pero si ya pensamos en un hospital de mediana estancia, un buen punto resolutivo de urgencias, un centro de atención integrado de primaria y especializada, en proyectos sanitarios como un edificio para asociaciones de pacientes o de Cruz Roja... ya hay cinco posibilidades, más otras que tengo en mente para ese espacio.

→ **¿De dónde recortaría si tuviera que hacerlo?**

→ En sanidad no se puede recortar, suena fatal.

→ **¿Habrá una cartera de servicios?**

→ Eso lo dirá el Gobierno de España. Nosotros tenemos la obligación de que la gente entienda que gestionamos eficientemente, que no estamos a la cola de nada respecto de otras comunidades. A un consejero de sanidad no le hable usted de recortar porque ya vivimos en la eficiencia permanente, creo que la sanidad es el servicio público mejor valorado con diferencia, pero la situación estructural obliga a que tengamos que hacerlo mejor, hasta ahí llega una comunidad, el resto es la fuerza que tiene un país.

→ **¿No han sacado una UTE para la Fe porque nadie se quedaría con ella?**

→ No. La Fe es un hospital de referencia y nunca va a ser una concesión. **No está previsto porque un hospital de referencia no puede ser un hospital de gestión eficiente, porque debe tener una unidad de enfermedades raras que no va a ser eficiente y tener la capacidad de hacer un trasplante de cara no puede ser eficiente, por eso La Fe no puede ser de gestión privada.**

EL GASTO FARMACÉUTICO DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD DISMINUYÓ EN EL MES DE OCTUBRE UN 15,08%

- **Canarias lidera el ahorro en facturación de medicamentos gracias tanto a las medidas adoptadas a nivel estatal como a la implantación de la receta electrónica y otras acciones impulsadas por la Consejería de Sanidad**

Canarias es la Comunidad autónoma que lidera el ahorro en gasto farmacéutico en todo el Estado español. En octubre pasado el gasto farmacéutico del Servicio Canario de la Salud disminuyó en un 15,08% respecto al mismo mes del año anterior, superando con creces la media de ahorro del conjunto del Estado (que fue de 9,86 % en ese periodo), y aventajando con diferencia a las comunidades que le siguen, que son Aragón (-14,16%), Cantabria (-12,90%) y Madrid (-12,43%). Este descenso en la factura farmacéutica situó el



gasto mensual de octubre en 42.251.351 euros, frente a los 49.755.643 euros del mismo mes en 2009, debido tanto a la reducción del número de recetas facturadas (-4,48%), como a la disminución del gasto medio por receta (-11,10%). En octubre pasado se facturaron con cargo al Servicio Canario de la Salud un total de 3.442.879 recetas, con un coste medio de 12,27 euros por receta, inferior en 1,53 euros al coste medio de la receta en octubre de 2009. Respecto al gasto medio por usuario, el informe de evolución de los indicadores de prestación farmacéutica emitido por la Dirección General de Farmacia registra un descenso del 15,80%. Según la tipología de usuarios, esta reducción fue de un 18,05% en el caso de los activos, cuyo gasto medio fue de 6,78 euros, y del 17,07% en el caso de los pensionistas, con 79,90 euros de gasto mensual.

En cuanto a la dispensación con Receta Electrónica, en el mes de octubre se emitieron 1.668.505 recetas electrónicas de las 3.442.879 facturadas, lo que supuso un incremento del 47,56% respecto a octubre del año pasado. Los porcentajes de emisión de recetas electrónicas por áreas de Salud fueron: 59,75% en la de El Hierro, 82,54 en la de La Gomera, 84,25% en la de La Palma, 74,09% en la de Fuerteventura, 69,89% en la de Lanzarote, 77,77% en la de Tenerife, y 8,32% en la de Gran Canaria.

→ **Importante avance.-** En palabras del consejero Bañolas, “la implantación de la receta electrónica canaria ha supuesto un importantísimo avance tanto desde el punto de vista del profesional sanitario como para el usuario”. En el Pleno celebrado el pasado martes en el Parlamento, el consejero de Sanidad señaló que la progresiva incorporación de la receta electrónica en el Archipiélago “ha supuesto un cambio de modelo tanto en la prescripción, como en la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, que se ha vivido por parte de todos los profesionales sanitarios como un avance importante para la reducción de procedimientos burocráticos de las consultas de Atención Primaria”.

→ **Tasas interanuales.-** En lo que va de año, Canarias es la Comunidad en la que más se ha reducido el gasto farmacéutico (-4,49%, frente a una media estatal del -1,22) en todo el Estado, según datos difundidos por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Esta tasa se acompaña de una disminución del gasto medio por receta del 5,81% y de un ligero incremento del número de recetas del 1,4%, frente al incremento medio estatal del 2,38%.

El marcado descenso del gasto farmacéutico en Canarias se explica, por un lado, por el recorte de los márgenes de los precios de los medicamentos en un 7,5%, tras la entrada en vigor del Real Decreto 8/2010, de 20 de mayo; y por la adopción, por otro, de las medidas de la Consejería de Sanidad relativas a la mejora de los indicadores de calidad de la prescripción de los médicos del Servicio Canario de la Salud.

Así, en los últimos meses ha aumentado la prescripción por principio activo –durante el año 2010 se ha incrementado de un 15% a un 26,4%- y el uso de medicamentos genéricos, cuyo precio ha descendido de forma más acusada que el del resto de medicamentos. De acuerdo con el Real Decreto Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico, la reducción de precios ha oscilado entre un 25% y un 30%.

La mejora de los indicadores de prescripción por parte de la Consejería de Sanidad y el efecto de las medidas aprobadas para la contención y racionalización del gasto farmacéutico en todo el territorio nacional han hecho posible que Canarias registrara, en los meses de junio, julio, agosto, septiembre y octubre importantes descensos en la facturación (del -9,17%, -10,59 %, -14,41%, -10,29% y -15,08%, respectivamente). Estos datos consolidan la tendencia al descenso y sitúan el gasto acumulado en los primeros diez meses del año en un -4,49%.

→ **Actividades formativas.**- La mejora de los indicadores de prescripción es el resultado directo de la labor de concienciación y formación de los profesionales del Servicio Canario de Salud. Entre las acciones impulsadas por la Consejería de Sanidad para contener el gasto, hay que reseñar la intensa actividad formativa que ha desarrollado la Dirección General de Farmacia. En lo que va de año se han impartido 15 cursos sobre Actualización Terapéutica Pediátrica, con más de 200 médicos participantes, y 64 cursos sobre Uso Racional del Medicamento basado en la Evidencia, a los que han asistido más de 800 profesionales de todos los grupos (Atención Primaria, Atención Especializada, médicos de los servicios de Urgencias y personal de Enfermería).

El plan formativo impulsado desde la Dirección General de Farmacia para 2010 abarca las siete Áreas de Salud y consta de cursos dirigidos a los profesionales de medicina, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, farmacéuticos y personal de Enfermería. También incluye encuentros con los responsables de Uso Racional del Medicamento de todos los centros de salud y hospitales, a los que se remite información semanal por medios telemáticos.

Por otro lado, hay que decir que de forma continua se actualiza la información publicada en la página web del SCS, en el apartado dedicado a Farmacia (www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs), con noticias sobre farmacoterapia, nuevas publicaciones, campañas, formación y actividades con los responsables de uso racional del medicamento. Dentro de las publicaciones, destacan los boletines farmacoterapéuticos (bolcan) y las notas informativas (infarma) que se editan trimestralmente.

A estas acciones se añade la publicación semanal en la aplicación informática Drago, de uso entre los profesionales del SCS, de las novedades más relevantes en esta materia. Las noticias relacionadas con los distintos Servicios de Farmacia han tenido 26.208 visitas en lo que va de año. El portal del prescriptor se ha convertido asimismo en una herramienta de “feed back” donde cada profesional puede conocer las características de su prescripción. Desde enero a octubre de este año ha presentado más de 1.231.000 entradas.

→ **Actividades informativas y de sensibilización social.**- Durante el presente año se llevó también a cabo una campaña sobre pacientes crónicos polimedcados a través de carteles y folletos informativos en centros sanitarios y oficinas de farmacia.

Amador Elena, director general de la Agencia Laín Entralgo, presidió el acto de entrega

LA COMUNIDAD DE MADRID DESTINA MÁS DE 300.000 EUROS EN AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN A TRAVÉS DEL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO

- **La Fundación de Investigación Biomédica del hospital promueve esta iniciativa**
- **Los premios han sido evaluados por la Agencia Nacional de Evaluación y ratificados por la Comisión Científica del hospital**

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, centro de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, a través de su Fundación de Investigación Biomédica, hizo entrega de los premios y ayudas para la Investigación Biomédica. El acto fue presidido por el director general de la Agencia Laín Entralgo, Amador Elena, quien quiso de esta manera mostrar su apoyo a este tipo de iniciativas que fomentan la investigación en los hospitales de la región.

En esta ocasión, y tal y como anunció el gerente del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Jorge Gómez Zamora, las ayudas alcanzan los 301.860 euros y han sido distribuidas de la siguiente manera: un contrato postdoctoral de tres años de duración con un salario anual de 33.000 euros; dos contratos predoctorales de tres años de duración con un salario anual de 18.810 euros; una ayuda a proyectos de investigación de grupos clínicos emergentes por un importe total de 30.000 euros; una ayuda a proyectos de investigación básica para grupos emergentes por un importe total de 40.000 euros, y una ayuda a proyectos de investigación en enfermería por un importe total de 20.000 euros.

Estos premios ponen de manifiesto el compromiso del Gobierno regional con el fomento y el desarrollo de la investigación biomédica entre sus profesionales. La ANEP (Agencia Nacional de Evaluación) ha sido la encargada de evaluar los 25 proyectos presentados y la Comisión Científica de la Fundación los ha ratificado.

Fundación de Investigación Biomédica

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda cuenta con un organismo específico, la Fundación para la Investigación Biomédica, destinado a la gestión de programas y proyectos de investigación clínica con el objetivo de contribuir a la promoción y protección de la salud de la población y al progreso del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.

El centro sanitario madrileño dispone de un Plan de Actuación en Investigación, diseñado para situar la investigación del hospital entre las primeras del panorama nacional. Mediante este plan se realizará un apoyo decidido a las principales líneas de investigación básica, como la investigación oncológica y la Inmunología, junto con las nuevas terapias celulares en las que este centro es un referente nacional con el programa de investigación neurológica.

Las principales medidas que se están desarrollando son la creación de un 'biobanco' unificado para todo el hospital, que permita el rápido acceso y la disponibilidad de las colecciones de muestras histológicas, la puesta en marcha del Consorcio para el Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER) para dar apoyo a la investigación clínica y el desarrollo de un programa específico para la realización de ensayos clínicos, con el objetivo de convertir al hospital en un referente europeo en este ámbito. Por otro lado, el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda ha iniciado el proceso de acreditación como Instituto de Investigación sanitaria.



Vicenç Thomàs destaca en Bruselas que las enfermedades crónicas harán necesaria una redefinición del sistema sanitario a través de una participación muy importante de los pacientes

- **El consejero de Salud de las Islas Baleares ha intervenido en el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO) de la Unión Europea, en representación de la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín**

El consejero de Salud y Consumo de las Islas Baleares, Vicenç Thomàs, ha explicado el pasado martes en un forum ministerial en el marco del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO) de la Unión Europea, en Bruselas, que el tratamiento de las enfermedades crónicas será, sin duda, una prioridad para los sistemas sanitarios, lo que obligará a su redefinición y a su adaptación, y en los que la responsabilidad de los propios pacientes en la toma de decisiones jugará un papel muy importante. Thomàs ha participado en la sesión plenaria en nombre de la ministra Leire Pajín, junto con ministros y responsables de Sanidad de otros países europeos, sobre “Los enfoques innovadores para las enfermedades crónicas en salud pública y los sistemas de salud”, y ha incidido en la prioridad para el sistema sanitario español del abordaje a los enfermos crónicos. Thomàs, que ha realizado su intervención en Bruselas en catalán, ha destacado que el abordaje de estas enfermedades es un trabajo que recaerá en todos los niveles asistenciales, especialmente en el nivel de Atención Primaria, donde el personal de Enfermería es el centro y el eje donde se tendrían que vertebrar la mayoría de actuaciones, ya que el domicilio es el nivel más indicado de atención.

Para mejorar la calidad de la atención de gran parte de las patologías crónicas, el consejero ha destacado el desarrollo y la implantación de las siguientes estrategias en el SNS: cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, accidentes vasculares y cerebrales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades raras, la tuberculosis y, ya en fase inicial, la Estrategia de Atención a los pacientes polimedicados. Es importante destacar que el desarrollo de estas estrategias se realiza bajo la dirección de expertos de reconocido prestigio, previamente seleccionados y consensuados, con la participación de todas las comunidades autónomas y de las asociaciones profesionales y de pacientes. Las enfermedades crónicas representan la principal causa de morbimortalidad en las sociedades avanzadas. Según las previsiones de la OMS, las enfermedades crónicas no sólo serán la principal causa de discapacidad en el mundo en el año 2020, sino que de no tratarlo con éxito, se convertirán también en los problemas de mayor coste en atención sanitaria. Por otro lado, el consejero de Salud y Consumo ha destacado que las e-health deberían de jugar un papel muy importante en el control y tratamiento de estos pacientes. En España se ha comenzado a dar pasos importantes, con el desarrollo del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los sistemas sanitarios se han convertido en un instrumento más de gestión y asistencia sanitaria, dado que permiten una gestión de la información en beneficio de la calidad asistencial. El consejero ha destacado que estas tecnologías presentan un impacto en una doble dirección: en la salud de la población, y en los costes-beneficios del sistema sanitario para la mejora de la atención a esta población. Además, el uso de los avances tecnológicos contribuyen a la práctica basada en la evidencia, ya que la toma de decisiones por parte de los profesionales se realiza con un mayor grado de información y con un apoyo proactivo basado en la evidencia científica. Thomàs ha manifestado que “entendemos que la gestión de una patología crónica necesita diseñar un modelo de gestión que recoja como ejes principales: la continuidad asistencial, la valoración integral de la situación de salud de la persona (clínica, funcional y social), y compartir la información entre todos los profesionales implicados en el cuidado de la persona y de los diferentes ámbitos asistenciales”. De esta manera se podrá contribuir a aumentar la calidad asistencial y a la disminución de la morbimortalidad de esta población, así como mejorar su calidad de vida. Finalmente, el consejero de Salud y Consumo ha querido manifestar que en esta época de grave crisis económica es importante “disponer de los recursos adecuados que permitan continuar con los desarrollos de nuestros sistemas sanitarios que son, sin duda, un pilar esencial del Estado del bienestar.

El Dr. Manuel Hidalgo, director del CIOCC, participó en la Jornada sobre Medicina Personalizada en la Sanidad Privada

LAS NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS PERMITIRÁN OFRECER UN TRATAMIENTO MÁS AJUSTADO A LOS PACIENTES CON CÁNCER

- **Los expertos apuntan que las patologías no afectan de la misma forma a todos los pacientes y que no hay que hablar de enfermedades, sino de enfermos**
- **Actualmente se están investigando nuevas dianas terapéuticas que permitirán ofrecer un tratamiento personalizado a los pacientes que padecen cáncer**
- **El análisis de tumores vivos ofrece nuevas soluciones y medicamentos a los pacientes con cáncer que aún no tienen un tratamiento ajustado a su enfermedad**
- **Existen nuevos tratamientos que aún están en fase de estudio, pero hasta el momento, las pruebas realizadas en xenoinjertos han obtenido resultados positivos**
- **La firma del convenio de colaboración entre el CIOCC y el CNIO permitirá disponer de nuevas moléculas y tecnologías para mejorar la calidad asistencial del paciente y ofrecerle un tratamiento individualizado**

Con el objetivo de mejorar el tratamiento de los pacientes, prestigiosos profesionales participaron en una Jornada sobre Medicina Personalizada en la Sanidad Privada en Madrid, organizada por MM Aresa Salud y Diario Médico, y en la que coincidieron en destacar la importancia de ofrecer un abordaje personalizado a cada enfermo.

El evento, celebrado en la sede de la Mutua Madrileña, contó con la presencia del Dr Manuel Hidalgo, director del Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), perteneciente del Grupo Hospital de Madrid (HM), quien subrayó la necesidad de estudiar cada caso de cáncer de forma individual, ya que “no tratamos enfermedades, sino enfermos”. Por ello, señaló que dicha individualidad en el abordaje del paciente transformará “la forma en que desarrollamos y administramos los fármacos”.

Ofrecer nuevas soluciones y tratamientos a cada paciente

Según el Dr. Hidalgo, es imprescindible “mejorar la oferta sanitaria para los pacientes, de cara a administrarles el mejor tratamiento”. En este sentido, explicó que cada vez son más los fármacos oncológicos que se desarrollan dirigidos a un biomarcador, lo que permite la selección de grupos concretos de pacientes.

Además, el Dr. Hidalgo recalcó la necesidad de hallar nuevas dianas terapéuticas para los pacientes que aún no tienen un tratamiento ajustado al estado de su enfermedad, y explicó que, hasta ahora, los medicamentos probados en xenoinjertos han obtenido resultados positivos. Sin embargo, también es importante “estudiar los tumores vivos de los pacientes para facilitar el abordaje de otros casos”.

Por otro lado, el oncólogo recalcó que “es necesario hacer el esfuerzo de interpretar las mutaciones en los tumores de los pacientes y probar primero el tratamiento en la propia neoplasia, antes que en el paciente”.

En este sentido, se refirió a la complejidad de un estudio personalizado y tomó como ejemplo las mutaciones del gen KRAS en el cáncer de colon, y apuntó: “Esta mutación es la primera, pero hay muchos más biomarcadores que se podrían tener en cuenta a la hora de prescribir un régimen quimioterápico”.

Apoyo de hospital y laboratorio

Asimismo, el Dr. Hidalgo apuntó que ante la posibilidad de ofrecer nuevas soluciones y tratamientos, es fundamental contar con recursos y con el apoyo de un hospital y de un laboratorio que facilite “tener una respuesta rápida para el tratamiento”.

En este sentido, destacó el convenio de colaboración firmado en marzo entre el CIOCC -a través de al Fundación Hospital de Madrid- con el CNIO y el Hospital de Fuenlabrada. Un convenio que permite disponer de nuevas moléculas y tecnologías para atender a la población que padece cáncer y que favorece la aplicación de terapias individualizadas.

El fin último del convenio es trasladar el conocimiento generado en la investigación al ámbito asistencial con los objetivos específicos de mejorar la calidad asistencial al paciente, impulsar la actividad científica de la Fundación HM y el CNIO y ampliar el abordaje interdisciplinar e integral del cáncer en la Fundación HM.

Grupo HM

El Grupo Hospital de Madrid está formado por diversas empresas que gestionan diferentes hospitales médico-quirúrgicos privados, entre los que se incluyen el Hospital Universitario de Madrid, el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, el Hospital Universitario Madrid Torrelodones, el Hospital Universitario Madrid Sanchinarro y el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), todos ellos de gran cualificación técnica y humana. Dirigido principalmente por médicos y con el objetivo de ofrecer una medicina de calidad, los diferentes centros del Grupo HM se han dotado con una tecnología de vanguardia y con el personal mejor cualificado y más humano. Todos los hospitales del Grupo HM funcionan de forma integrada. Para ello, existe una estructura corporativa con servicios centralizados, así como diferentes herramientas informáticas de gestión integral. Esto permite una actuación complementaria y sinérgica de estructuras, servicios y equipamientos, con el máximo aprovechamiento de los recursos tecnológicos y humanos.

LA DRA. HERRERO PARTICIPA EN EL CICLO AULA MONTPELLIER CON UN ANÁLISIS SOBRE LA EDAD Y ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS



La doctora María Trinidad Herrero, catedrática de Anatomía Humana de la Universidad de Murcia, ofreció el pasado viernes en el XI ciclo Aula Montpellier la conferencia Las enfermedades neurodegenerativas y la edad, en la que analizó los principales factores que influyen en la aparición de patologías como el alzhéimer o el parkinson y explicó

las últimas conclusiones de la investigación en este área. Según Herrero, los factores que influyen en la aparición de las enfermedades neurodegenerativas son fundamentalmente tres: la predisposición genética, el ambiente y el envejecimiento fisiológico del paciente, dado que la mayor parte de los casos se producen en personas que han superado los 60 años de edad.

Para Herrero, «los distintos aspectos del envejecimiento humano conllevan la pérdida de plasticidad del cerebro y la afección a éste y a las funciones que realiza », lo que unido a elementos ambientales y a la predisposición genética, «potencia la aparición de los primeros síntomas». La doctora Herrero hizo especial hincapié en los condicionantes ambientales de estas patologías, ya que «si nos exponemos a ellos es probable que se potencie la aparición de la enfermedad, pero si no lo hacemos jamás, ésta no tiene por qué aparecer », aseguró.

Las investigaciones realizadas durante los últimos años están cada vez más cerca de demostrar que tanto el parkinson como el alzhémier, «las enfermedades » según Herrero, «forman parte de un mismo espectro de patologías en el que a veces predominan más unos síntomas que otros y viceversa». Por tanto, estaríamos ante «expresiones diferentes de posiblemente mecanismos patológicos similares», un hecho que continúan investigando los expertos.

Avances médicos

Otras conclusiones significativas que la doctora desgranó a lo largo de su intervención hicieron referencia a la naturaleza de las patologías y su futuro tratamiento. La investigadora del Departamento de Neurociencia clínica y experimental del Instituto de Envejecimiento de la Universidad de Murcia, destacó los resultados de su propia investigación, como el de que «la inflamación cerebral acelera el envejecimiento y la progresión de estas enfermedades». Por otra parte, la doctora Herrero resaltó que «hasta hace poco se creía que cada enfermedad provocaba la alteración de unos núcleos determinados, y ahora se ha demostrado que son muchos». También los estudios postmortem se han mostrado útiles para la investigación pero no para el tratamientos de la enfermedad. Para Herrero, «lo que realmente ayuda es estar al lado del enfermo y conocer sus síntomas». A este respecto, señaló que la farmacogenética será en unos años una referencia en el tratamiento del espectro de enfermedades neurodegenerativas, «gracias a la elección de fármacos determinados según los síntomas que presente el paciente».

LA INTEGRACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON CAPACIDADES DISTINTAS CENTRA LA CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN USP SAGRADO CORAZÓN

USP Sagrado Corazón, celebra el Día Mundial de las personas con Discapacidad, con una presentación a los alumnos y alumnas de los cursos de formación de Conserjes, auxiliar de oficina y técnicas de orientación laboral impartidos por la Asociación Síndrome de Down de Sevilla y ASPANRIDOWN, que comenzarán a realizar sus prácticas en 2011 en los distintos Centros de USP Sagrado Corazón. El acto ha sido presentado por **Pilar Serrano, Directora Gerente de USP Sagrado Corazón**, con la asistencia de Jacinto Cruz Vicepresidente de ASEDOWN, Paulina del Barco, Presidenta de ASPANRI, y el Ilmo. Sr. **Director General de Personas con Discapacidad**, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, **D. Gonzalo Rivas Rubiales** que ha realizado la clausura. Este acto se enmarca en una de las líneas de actuación que el grupo USP Hospitales lleva a cabo una política activa en RSC, en la que la integración laboral de personas con discapacidad juega un papel protagonista. En palabras de **Pilar Serrano** durante su prestación de hoy, “es un orgullo para USP Sagrado Corazón, poder contar en la plantilla de nuestra clínica con personas como Daniel Salas, que cada día nos aportan su entusiasmo y buen hacer, demostrándonos que no existen barreras ni diferencias, entre unos y otros, sino suma de experiencias y esfuerzos que nos ayudan a ser mejores en nuestro trabajo diario”. En la actualidad, los 13 centros hospitalarios que forman el grupo, cuentan en su plantilla con personal con Síndrome de Down, en distintas categorías, auxiliar de enfermería, administrativos, conserjes, etc. Durante el acto, Daniel Salas, conserje de USP Sagrado Corazón con Síndrome de Down, ha realizado una presentación a los alumnos sobre su experiencia en la clínica en la que lleva trabajando dos años y medio, por otra parte Macarena, alumna del curso de auxiliares de oficina que ha realizado sus prácticas en nuestro centro también ha contado sus vivencias a sus compañeros.



USP Sagrado Corazón centra su activa política en RSC, en tres líneas fundamentales:

- El restablecimiento de la Salud de los colectivos más desfavorecidos, la infancia, a través del programa “Viaje hacia la vida” con Fundación Tierra de hombres.
- La integración social a través del deporte de personas en riesgo de exclusión social, con distintos convenios con la Fundación de la Federación Española de Baloncesto, Regatas de vela adaptada, etc.
- Y la tercera y que hoy nos ocupa en la celebración del Día Mundial de las Personas con Discapacidad, la integración laboral de personas con discapacidad en pro de la igualdad de oportunidades. En esta línea USP Sagrado Corazón, colabora con distintas asociaciones que representan a colectivos de discapacitados o personas con capacidades distintas, como las dos que hoy nos han acompañado, Asociación Síndrome de Down de Sevilla (ASEDOWN) y la Asociación Andaluza de Padres y Madres para la Integración, Normalización y Promoción de las personas con Discapacidad y Síndrome de Down (ASPANRI DOWN), además de diversos Centros Especiales de Empleo. A través de ellos, contamos hoy con Daniel Salas que comenzó realizando sus prácticas a través de ASPANRI y desde septiembre de 2008 forma parte de la plantilla de USP Sagrado Corazón, ejerciendo el puesto de conserje, con gran satisfacción para todos, compañeros, pacientes y para él mismo. Del mismo modo, Macarena y Laura, son dos alumnas que realizaron sus prácticas en nuestros centros, a través de ASEDOWN, y en enero de 2011 comenzará sus prácticas, Marta que se integrará en el Centro de Cirugía Ambulatoria Ave María.

EL LABORATORIO CENTRAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID RECIBE VISITAS NACIONALES E INTERNACIONALES

En menos de una semana el Laboratorio central del Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes (Madrid) ha recibido la visita de un representante de ESSalud Perú, así como del Servicio Navarro de Salud y del Complejo Hospitalario de Ourense.

En todas las ocasiones, el interés se ha centrado en conocer el funcionamiento de este innovador laboratorio. Inaugurado hace cerca de un año y medio, este centro es pionero en España por su modelo de gestión y por su modelo organizativo.

Este “anillo analítico” da cobertura desde el Hospital Infanta Sofía a seis hospitales de la Comunidad de Madrid (Hospital Infanta Sofía, Hospital Infanta Cristina, Hospital Infanta Leonor, Hospital del Sureste, Hospital del Henares y Hospital del Tajo) que atienden a una población de más de 1.100.000 ciudadanos.

Y el pasado 24 de noviembre visitó el laboratorio el doctor Joaquín Carrillo Farga, director del Instituto de Hematopatología de México, una institución que facilita apoyo a diferentes centros para el diagnóstico de enfermedades hematológicas, quien ofreció una master class sobre el diagnóstico integral en esta patología haciendo un extenso e interesante recorrido por su fisiología.

Para el Dr. Antonio Ballesta, director médico del Laboratorio Central, “esta jornada es la primera dentro de nuestro programa de formación con el objetivo de intercambiar conocimientos y convertir el Laboratorio Clínico Central en un centro referente en el área docente”.

La actividad de este laboratorio de referencia, gestionado por la sociedad BR Salud (participada por Ribera Salud, Balagué Center y AMS), incluye la realización de análisis clínicos, pruebas de bioquímica clínica, genéticas, de hematología, inmunología, microbiología y parasitología, así como pruebas de compatibilidad de sangre y de componentes sanguíneos.

EL SERMAS POTENCIA LA INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- **Profesionales sanitarios intercambiaron experiencias en la Jornada sobre salud y violencia de género**

El director general de Atención Primaria, Antonio Alemany, inauguró el pasado jueves, en el Hospital Universitario La Princesa, la Jornada de Buenas Prácticas en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid sobre salud y violencia de Género, que organiza esta Dirección con la colaboración de la Dirección General de la Mujer, con el objetivo de facilitar el intercambio y la reflexión sobre las experiencias realizadas por profesionales de los distintos niveles de atención del sistema sanitario y de salud pública. “Hoy sabemos por las investigaciones realizadas desde esta Consejería que, este tipo de violencia genera en las mujeres graves problemas de salud de difícil filiación, que acuden a las consultas de Atención Primaria y de Atención Especializada con elevada frecuencia cuando se comparan con la población de mujeres no maltratadas.

Este problema requiere una respuesta integrada desde de las diferentes unidades del sistema sanitario madrileño”, indicó Alemany. En este sentido, el director general de Atención Primaria, explicó que desde 2005 la Consejería está trabajando de forma coordinada, a través de una Comisión Técnica en aquellas líneas que se han considerado prioritarias para prestar la mejor atención posible a los problemas de salud que presentan las mujeres que sufren violencia machista, utilizando como instrumento la Estrategia Regional de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género. Entre otras acciones, la Dirección General de Atención Primaria ha distribuido recientemente en los centros de salud una guía de apoyo para identificar la violencia de pareja hacia las mujeres, y sensibilizar sobre los efectos que ésta provoca en la salud de las mujeres y personas a su cargo.

Otras iniciativas puestas en marcha se refieren a la investigación social, la formación y la vigilancia epidemiológica y análisis de problemas de salud asociados a este problema, entre otras. Con respecto a la formación, en los tres últimos años, 6.244 profesionales de la Consejería de Sanidad han participado en 227 acciones formativas. De éstos, el 53% se enmarcaban en el ámbito de atención primaria y el resto de atención especializada: salud mental, urgencias, ginecología y obstetricia, así como del SUMMA 112. Desde los centros de salud, se viene trabajando desde 2005 en la detección de problemas de violencia hacia la pareja. De esta forma, la cartera de Servicios de Atención Primaria cuenta desde 2008 con un Servicio de Detección del Riesgo de Maltrato familiar, en el que se detecta y valora la posibilidad de maltrato a la mujer por parte de su pareja.

Experiencias sanitarias

A su vez, existe un grupo de trabajo liderado por las Direcciones Generales de Atención Primaria y de Sistemas de Información Sanitaria que está unificando los criterios para tener un registro de casos de Violencia de Género más fiable que permita conocer mejor la realidad y, por tanto, abordarla con mayor efectividad. En paralelo, desde la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Consejería de Sanidad, se está trabajando en el diseño de una herramienta de promoción de la salud que permita sistematizar el intercambio de experiencias de buenas prácticas y agilice la comunicación entre profesionales del sistema sanitario que trabajan en salud y género y específicamente en Violencia de Género.

La Comisión Técnica está formada por las siguientes instituciones: Dirección General de Atención Primaria a través de la Gerencia de Atención Primaria y de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención que desempeña también la Secretaría, la Agencia Laín Entralgo, la Dirección General de Hospitales, la Oficina Regional de Salud Mental, SUMMA112, la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria y la Agencia Antidroga. En esta Comisión se cuenta también con la participación de la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Empleo y Mujer e Inmigración.

ASISA FELICITA AL EQUIPO DE NATACIÓN SINCRONIZADA POR SU GRAN ÉXITO EN MOSCÚ

- **El patrocinador recibió al equipo olímpico a su llegada el pasado martes a las 14:30 en el aeropuerto del Prat**
- **El equipo mostró a los medios las tres medallas de oro, la de plata y la copa de ganadoras del FINA World Trophy 2010 de Moscú**

Representantes de ASISA, patrocinador del equipo de natación sincronizada recibieron el pasado martes a las deportistas en el aeropuerto del Prat a su llegada desde el World Trophy 2010 celebrado la semana pasada en Rusia para felicitarles por sus logros.

La selección española ha obtenido un total de 389.375 puntos, lo que las ha situado como líderes del campeonato, por encima de sus eternas rivales, las componentes del equipo de Rusia, en su propio país.

Las chicas de Ana Tarrés han mostrado sus medallas de oro en las modalidades de equipo, equipo acrobático y combinada, y la de plata en dúo temático, realizado por las promesas Andrea Fuentes y Ona Carbonell.

El equipo dirigido por Anna Tarrés y compuesto por 12 nadadoras y 5 técnicos, se ha reunido con la prensa a su llegada al aeropuerto en un encuentro organizado por su patrocinador, ASISA, y ha destacado el apoyo de la aseguradora en su actividad.

Entre las integrantes del equipo se encuentran la veterana Andrea Fuentes o la joven Alba Cabello, quienes no han dudado en mostrar su medalla a la prensa posando con la imagen de su patrocinador al fondo.

Declaraciones

Andrea Fuentes, nadadora:

“En este campeonato la dimensión artística se ha valorado mucho. Nosotras hemos querido evitar caer en los tópicos del flamenco y honrar a grandes personalidades como Dalí o Yuri Gagarin y los resultados dicen que hemos acertado.”

Ona Carbonell, nadadora:

Estamos muy contentas de haber podido traer este premio con nosotras, pero también por todo lo que hemos aprendido. Ha sido una oportunidad para poder aprender nuevas rutinas y ahora lo más importante es consolidarlas y seguir mejorándolas”.

Manuel Gordon, Responsable de patrocinios de ASISA:

“Para nosotros es todo un orgullo poder estar hoy celebrando este éxito con la selección española de natación sincronizada. En ASISA apoyamos el deporte desde hace años por su contribución a la salud de todas las personas como forma de expresión de la vida sana y en el caso de las chicas de natación sincronizada, también por todos los valores que representa. Las venimos apoyando desde el año 2005 y hemos podido comprobar cómo el esfuerzo, el tesón y el trabajo en equipo tienen finalmente su recompensa”.

En el marco del Día Mundial de la Discapacidad

LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA PIDE QUE SE LLEVEN A CABO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LOS DISCAPACITADOS

- La RANM ha celebrado la pasada semana una Sesión Conmemorativa, en colaboración con la Fundación Mapfre
- 650 millones de personas en todo el mundo sufren alteraciones de sus funciones intelectuales o físicas

Con motivo del **Día Mundial de la Discapacidad**, la Real Academia Nacional de Medicina (RANM), en colaboración con la Fundación Mapfre, ha organizado una Sesión Conmemorativa. Este Día fue establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de fomentar una mayor integración en la sociedad de las personas con discapacidades. La Academia se ha querido unir a esta Jornada de sensibilización y pide que se lleven a cabo las acciones necesarias para mejorar la atención y calidad de vida de estas personas y, por tanto, su libertad.

La discapacidad es la cualidad de una persona que está impedida para desarrollar las actividades cotidianas, debido a una alteración de sus funciones intelectuales o físicas. “*Para estas personas*”, afirma el Académico de Número, **Luis Pablo Rodríguez**, coordinador de la sesión, “*es clave la rehabilitación, que puede mejorar su autonomía y, por tanto, su independencia*”.

Aunque su prevalencia es difícil de calcular, ya que está determinada por distintas condiciones sobre el estado de salud, se estima que entre un 15% y un 20% de la población mundial está afectada. Lo que en términos absolutos alcanza a 650 millones de habitantes y una de cada cuatro personas afirma tener a alguien en su familia con una discapacidad.

Es en los últimos años cuando la discapacidad ha empezado a estar considerada como parte de los derechos humanos y se inicia una búsqueda para mantener esta condición dentro de la sociedad. En diciembre de 2006 la ONU acordó la *Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad* para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de los millones de personas que sufren este problema.

La sesión que organiza hoy la RANM aborda los siguientes aspectos: *Concepto histórico y evolutivo de la discapacidad*, por el **profesor Juan Carlos Miangolarra**, vicerrector de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y especialista en Medicina Física y Rehabilitación; *la evolución y estado actual de la clasificación de la discapacidad por la OMS*, a cargo del profesor **José Ricardo Salom**, jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia y *aspectos específicos legislativos de la discapacidad*, por el **profesor Antonio Alvarez**, director del Departamento de Medicina Física y rehabilitación de la Universidad Complutense.

Nº 23 // 03 de diciembre de 2010

PREOCUPACIÓN POR LA DEMORA EN EL ABONO DE LAS FACTURAS DE LAS FARMACIAS



La Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid (ADEFARMA) está muy preocupada por el malestar existente en las oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid ante la demora que se está produciendo en el abono de la factura del mes de octubre por parte de la Consejería de Sanidad, cuyos representantes han asegurado disponer de la cantidad, pero que está bloqueada por la Consejería de Hacienda. De momento, el Colegio ha facilitado el pago del 35 por ciento de la factura a través de un crédito a la espera de que, tal como se le prometió en Sanidad, se abone el resto en los próximos días. A juicio de ADEFARMA se trata de una situación delicada, pues traslada a la farmacia un problema de financiación que no compete a ésta. A la vista de esta situación, ADEFARMA es de la opinión, que si ésta circunstancia permanece en el tiempo tendrá que tomar medidas al respecto para que no empeore el deterioro que está atravesando la oficina de farmacia.

APROBADO POR LA ASAMBLEA EL CONCIERTO FARMACÉUTICO CON LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE MADRID

La Asamblea convocada por el Colegio de Farmacéuticos dio el visto bueno a la firma del Concierto negociado con la Consejería de Sanidad para la dispensación de medicamentos, a través de las farmacias, a los beneficiarios del sistema sanitario público. A juicio de los representantes del Colegio, que es el negociador único de dicho Concierto, se trata de un buen acuerdo que viene a resolver algunas de las cuestiones en litigio entre ambas partes, como: primero, el doble descuento por los absorbentes de incontinencia, ya que la Consejería seguía manteniendo el descuento acordado, pese a la rebaja impuesta del 20 por ciento decretado por el Gobierno; segundo, respecto a los productos dietéticos con carácter transitorio y en tanto se publica la normativa de desarrollo del R.D. por el que se establece los importes máximos de financiación de estos productos. El precio máximo de facturación se configura a partir del siguiente método de cálculo, $P.V.L \times 1,05 = P.V.A$, el $P.V.A. \times 1,15 = P.M.F.$, al P.M.F. resultante se le aplicará el tipo impositivo de IVA correspondiente; tercero, también se recoge en el nuevo concierto que el pago de la factura sea el día 20 del siguiente mes y cuarto, menos burocracia en la diligencia de las recetas.

PUBLICADA LA ORDEN DE NUEVOS PRECIOS DE REFERENCIA



El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ha hecho pública la Orden SPI /3052/2010 de 26 de noviembre de 2010 (BOE de 29 de noviembre de 2010) por la que se determinan los conjuntos de medicamentos, y sus precios de referencia, y por la que se regulan determinados aspectos del sistema de precios de referencia, cuya entrada en vigor se ha fijado para el 1 de marzo de 2011. Esta orden se enmarca en el artículo 93 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece el sistema de precios de referencia en la financiación con fondos públicos de medicamentos prescritos y dispensados a través de receta médica oficial del Sistema Nacional de Salud. A su vez, el Real Decreto 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, introduce una serie de modificaciones en dicho artículo 93. Así, se modifica el cálculo del precio de referencia utilizando el coste/tratamiento/día menor. También se considera que, cuando por aplicación del sistema de precios de referencia, el precio industrial de un producto se vea afectado de forma importante, esa supuesta pérdida debe enjugarse en el plazo de dos años. Igualmente, se pretende ampliar la reducción del 20 % al 30 % de los precios de los medicamentos de los que no existiera genérico autorizado en España cuando hubiera genérico o biosimilar en la Unión Europea, en la medida que este tipo de medicamentos por su menor precio, favorecen el objetivo de disminuir el gasto farmacéutico. Del mismo modo y con el fin de facilitar la dispensación prevista en el artículo 85 (prescripción por principio activo) y la sustitución que establecen los artículos 86 y 93.4 (precios de referencia) de la citada Ley de Garantías, la Orden SPI /3052/2010 de 26 de noviembre de 2010 determina que la información sobre precios menores correspondientes a las presentaciones de medicamentos, incluidas o no, en el sistema de precios de referencia es la relacionada en el Nomenclátor oficial de productos farmacéuticos del Sistema Nacional de Salud y que ésta será actualizada con fecha de 1 de Marzo de 2011. La Orden de los Nuevos Precios de Referencia así como el texto del Concierto se pueden consultar íntegros en nuestra web www.edefarma.es

Este informativo es un servicio de ADEFARMA a sus asociados. Para cualquier sugerencia o comentario, pueden dirigirse a la Secretaría de nuestra Asociación. Tf. 91- 446 62 10

Nº 41 // 03 DE DICIEMBRE DE 2010

LA PRESIDENTA DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA, EN LA PRESENTACIÓN DEL III PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD



La Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Valencia, M^a Teresa Guardiola, y el Secretario del colegio, Juan Salmerón, acudieron el pasado martes, 30 de noviembre, a la presentación del III Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013, que fue realizada por el presidente de la Generalidad,

Francisco Camps. El mandatario valenciano hizo un llamamiento a los ciudadanos para que participaran de forma responsable, eficaz y eficiente para garantizar la sostenibilidad financiera de la sanidad pública que, según dijo, comporta el 40,2 por ciento del presupuesto de la Generalidad. Este plan fomenta la participación y la información, atiende a la prevención, la protección de la salud y a la enfermedad crónica, y apuesta por el desarrollo de las tecnologías de la información. Y, según destacó Camps, su puesta en marcha da continuidad a los excelentes resultados del Plan de Salud 2005-2009, (el 99% de los objetivos evaluados conseguidos). La experiencia de dos planes anteriores, de las necesidades percibidas a través de la Encuesta de Salud, permite conocer mejor las necesidades reales de la población y reorientar las acciones y políticas en esa dirección.

CLAUSURA DEL MÁSTER EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA



El pasado 26 de noviembre, en la sede del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia se celebró el acto de clausura del primer módulo (Sesiones Prácticas) del tercer Máster en Atención Farmacéutica, desarrollado en colaboración entre el

Colegio y la Universidad Cardenal Herrera-CEU. En el acto, presidido por María Teresa Guardiola, participó Flor Álvarez de Toledo, expresidenta de la Fundación Pharmaceutical Care y actualmente asesora en materia de Atención Farmacéutica en numerosos comités tanto a nivel nacional como internacional. Este tercer máster conforma la 8^a edición del Curso de Formación en Atención Farmacéutica puesto en marcha por el Colegio de Valencia, después de haber asumido que la Atención Farmacéutica debe ser una de las principales actuaciones profesionales del farmacéutico en un futuro inmediato.

EL MICOF REALIZA UNAS JORNADAS PARA CONMEMORAR EL DÍA MUNDIAL DE LA PSORIASIS



El Colegio de Farmacéuticos de Valencia (MICOF) y Acción Psoriasis han realizado, bajo el lema "Hacia nuevos horizontes", unas jornadas para conmemorar el Día Mundial de la Psoriasis. El papel del farmacéutico en este tipo de dolencias es muy importante, ya que generalmente uno de los mayores problemas relacionados con esta enfermedad es el abandono de los tratamientos, por lo que vuelve a recrudecerse la enfermedad. De hecho se estima que el 62% de los pacientes abandona el tratamiento porque están cansados y el 55% porque los consideran poco eficaces. Las jornadas realizadas en el Colegio tuvieron como eje: La Psoriasis en edades tempranas, los tratamientos de la Psoriasis, centrándose también en la fototerapia como terapéutica en Psoriasis. Al finalizar las diferentes charlas ofrecidas por diferentes dermatólogos y farmacéuticos se emitió el documental "En primer plano". Además de los aspectos sanitarios, se llamó la atención sobre el coste de los tratamientos, que es elevado, ya que según los datos un paciente suele gastar un mínimo de 500 euros anuales en tratamientos, hecho por lo cual siempre han reivindicado mayores ayudas sanitarias o subvención en los tratamientos que no entran en la Seguridad Social.

CURSOS DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL CLIENTE Y DE DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA

Del 13 al 27 de diciembre, el Colegio de Farmacéuticos de Valencia ha organizado un curso de Calidad de Servicio y Atención al Cliente, y para el próximo 28 de diciembre está previsto el inicio del Curso de Dirección y Administración de la Oficina de Farmacia que, organizado por el Colegio de Farmacéuticos de Valencia, tiene una duración de 40 horas y se desarrollará los lunes y los miércoles de cuatro a ocho de la tarde, hasta el 7 de febrero de 2011. El Colegio ha obtenido subvención a través del SERVEF de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, por lo que ambos cursos son gratuitos y están dirigidos a todos los colegiados en activo, ya sea por cuenta ajena o propia.

Este informativo es un servicio del M.I. COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA. C/ Conde de Montornés, 7 - 46003 Valencia Tf. 96- 392 20 00 Fax 96-391 27 27 E-mail: contacto@redfarmaceutica.com

EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE MÁLAGA CONSIGUE LA ISO 9001



El pasado jueves 2 de diciembre el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga recibió la evaluación y certificado de los requisitos de ISO9001:2008 para las siguientes actividades: Servicio al Colegiado en relación a las funciones de Secretaría, Tesorería, Departamento de Seguro y FActuración de Recetas y Centro de Información del Medicamento y Departamento de Galénica.

El acto de entrega de la certificación, recogido por el Presidente del Colegio, Jasvier Tudela, tuvo lugar en la sede de la Cámara de Comercio de Málaga, representada por su Presidente, Jerónimo Pérez, asistiendo también el Vicepresidente Ejecutivo de la Confederación de Empresarios de Málaga, Javier González de Lara.

Este reconocimiento, en palabras de Tudela, pretende mejorar la marcha y funcionamiento del Colegio en sus relaciones tanto internas como externas para avanzar así en competitividad y alcanzar más altas cotas de gestión administrativa y empresarial y una mayor satisfacción de los colegiados y de la sociedad en general.



UNA ASPIRINA AL DÍA REDUCE TAMBIÉN EL RIESGO DE CÁNCER

- **Una investigación asegura que previene de la mayor parte de tipos de tumores**

J. BLASCO.- El carácter multiusos de la aspirina ha recibido un importante refrendo con un nuevo estudio que asegura que tomarla cada día reduce drásticamente el riesgo de morir de cáncer. Sus efectos beneficiosos para evitar ataques cardíacos y cerebrales ya eran conocidos, pero ahora una investigación dice que también previene de la mayor parte de tipos de cáncer.

Así, la aspirina reduce la muerte general por cáncer en un 34%, cifra que se eleva hasta el 54% en el caso del cáncer de estómago o intestino, con efectos que comienzan a notarse cuando se ha estado consumiendo diariamente una pastilla o fracción de ella (bastarían 75 mg.; es decir, una cuarta parte) al menos durante cinco años. Son las conclusiones de un estudio publicado en «The Lancet» por investigadores británicos, encabezados por Peter Rothwell, profesor de la Universidad de Oxford, quien a sus 46 años ha decidido comenzar a tomar cada día aspirina.

El estudio, aplicado a 25.570 pacientes, es el primero en probar que el medicamento es efectivo en la mayor parte de tipos de cáncer, como los de páncreas, pulmón y esófago. Esos beneficiosos efectos ya se habían apuntado recientemente en relación al cáncer de próstata, cuyo desarrollo, según investigadores estadounidenses, podría ser evitado en un tercio con la ingesta habitual de aspirina.

Según el equipo de Rothwell, quien tome aspirina diariamente entre cinco y diez años tiene un 10% menos de posibilidades de morir de cualquier otra enfermedad, incluida la hemorragia interna. Esta última, precisamente, es el único factor de riesgo que comúnmente se ha atribuido a la ingesta de aspirina.

«Estos resultados no quieren decir que todos los adultos deberían comenzar a tomar aspirina inmediatamente, pero demuestran mayores ventajas de las que previamente servían de base para recomendarla», ha declarado Rothwell a «The Times». Rothwell cree que las personas que se encuentren al final de sus cuarenta o cincuenta años harían bien por lo general en comenzar a ingerir cada día una aspirina o fracción de ella, pues se beneficiarían de sus efectos al prolongar su uso durante veinte o treinta años.

V. Anuncios

A. Anuncios de licitaciones públicas y adjudicaciones

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

41628 *Resolución de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios por la que se convoca Procedimiento Abierto para la contratación de los Servicios de Asesoramiento para la emisión de Informes de asesorías Científicas de Medicamentos de uso humano por procedimientos europeos en el Área Terapéutica de Cardiología y riesgo Cardiovascular.*

1. Entidad adjudicadora: Datos generales y datos para la obtención de la información:

- a) Organismo: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- b) Dependencia que tramita el expediente: Secretaría General.
- c) Obtención de documentación e información:
 - 1) Dependencia: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
 - 2) Domicilio: Calle Campezo, 1.
 - 3) Localidad y código postal: Madrid, 28022.
 - 4) Teléfono: 91 822 51 02 / 91 822 50 52.
 - 5) Telefax: 91 822 50 23.
 - 6) Correo electrónico: contratacion@aemps.es.
 - 7) Dirección de Internet del perfil del contratante: <http://www.aemps.es/> y <http://contrataciondelestado.es/>.
 - 8) Fecha límite de obtención de documentación e información: 3 de enero de 2011 (14:00 horas).
- d) Número de expediente: 15/227.06/11.

2. Objeto del contrato:

- a) Tipo: Servicios.
- b) Descripción: Servicios de Asesoramiento para la emisión de Informes de asesorías Científicas de Medicamentos de uso humano por procedimientos europeos en el Área Terapéutica de Cardiología y riesgo Cardiovascular.
- d) Lugar de ejecución/entrega:
 - 1) Domicilio: Calle Campezo, 1.
 - 2) Localidad y código postal: Madrid, 28022.
- e) Plazo de ejecución/entrega: 24 meses.
- f) Admisión de prórroga: Se admite una prórroga por plazo de 24 meses.
- i) CPV (Referencia de Nomenclatura): 73210000, Servicios de consultoría en investigación.

3. Tramitación y procedimiento:

- a) Tramitación: Ordinaria.
- b) Procedimiento: Abierto, varios criterios de adjudicación.
- d) Criterios de adjudicación: Oferta económica (51%), criterios de calidad técnica (49%).

5. Presupuesto base de licitación:

- a) Importe neto: 108.000,00 euros. IVA (%): 18. Importe total: 127.440,00 euros.

6. Garantías exigidas. Definitiva (%): 5.

7. Requisitos específicos del contratista:
 - b) Solvencia económica y financiera y solvencia técnica y profesional: De acuerdo con lo indicado en la Hoja-Resumen del pliego de cláusulas administrativas particulares.
 - c) Otros requisitos específicos: Declaración relativa a presentación de candidaturas por empresas del mismo grupo.
8. Presentación de ofertas o de solicitudes de participación:
 - a) Fecha límite de presentación: 3 de enero de 2011 (14:00 horas).
 - b) Modalidad de presentación: Manual.
 - c) Lugar de presentación:
 - 1) Dependencia: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
 - 2) Domicilio: Calle Campezo, 1.
 - 3) Localidad y código postal: Madrid, 28022.
 - 4) Dirección electrónica: contratacion@aemps.es.
 - f) Plazo durante el cual el licitador estará obligado a mantener su oferta: 2 meses.
9. Apertura de Ofertas:
 - b) Dirección: Calle Campezo, 1.
 - c) Localidad y código postal: Madrid.
 - d) Fecha y hora: Apertura de sobre número 2 (Oferta técnica), día 18 de enero de 2011 (12:00 horas). Apertura de sobre número 3 (Oferta económica), día 25 de enero de 2011 (12:00 horas).
10. Gastos de publicidad: Por cuenta del adjudicatario: 873,65 euros.
11. Fecha de envío del anuncio al "Diario Oficial de la Unión Europea": 24 de noviembre de 2010.

Madrid, 24 de noviembre de 2010.- La Directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Por Delegación (Resolución de 28 de marzo de 2000, «Boletín Oficial del Estado» n.º 88, de 12 de abril), el Secretario General, Francisco Javier Muñoz Aizpuru.

ID: A100088379-1

V. Anuncios

A. Anuncios de licitaciones públicas y adjudicaciones

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

41629 *Resolución de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios por la que se convoca Procedimiento Abierto para la contratación de los Servicios Técnicos para la Evaluación Clínica de Medicamentos, Asesorías Científicas y Elaboración y Revisión de Guías Científicas en el ámbito de los procedimientos europeos de autorización de Medicamentos de uso Humano.*

1. Entidad adjudicadora: Datos generales y datos para la obtención de la información:

- a) Organismo: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- b) Dependencia que tramita el expediente: Secretaría General.
- c) Obtención de documentación e información:
 - 1) Dependencia: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
 - 2) Domicilio: Calle Campezo, 1.
 - 3) Localidad y código postal: Madrid, 28022.
 - 4) Teléfono: 91 822 51 02/91 822 50 52.
 - 5) Telefax: 91 822 50 23.
 - 6) Correo electrónico: contratacion@aemps.es.
 - 7) Dirección de Internet del perfil del contratante: <http://www.aemps.es/> y <http://contrataciondelestado.es/>.
 - 8) Fecha límite de obtención de documentación e información: 3 de enero de 2011 (14:00 horas).
- d) Número de expediente: 16/227.06/11.

2. Objeto del contrato:

- a) Tipo: Servicios.
- b) Descripción: Servicios Técnicos para la Evaluación Clínica de Medicamentos, Asesorías Científicas y Elaboración y Revisión de Guías Científicas en el ámbito de los procedimientos europeos de autorización de Medicamentos de uso Humano.
- d) Lugar de ejecución/entrega:
 - 1) Domicilio: Calle Campezo, 1.
 - 2) Localidad y código postal: Madrid, 28022.
- e) Plazo de ejecución/entrega: 12 meses.
- f) Admisión de prórroga: Se admite una prórroga por plazo de 12 meses.
- i) CPV (Referencia de Nomenclatura): 73210000, Servicios de consultoría en investigación.

3. Tramitación y procedimiento:

- a) Tramitación: Ordinaria.
- b) Procedimiento: Abierto, varios criterios de adjudicación.
- d) Criterios de adjudicación: Oferta económica (51%), criterios de calidad técnica (49%).

5. Presupuesto base de licitación:

- a) Importe neto: 140.800,00 euros. IVA (%): 18. Importe total: 166.144,00 euros.

6. Garantías exigidas. Definitiva (%): 5.

7. Requisitos específicos del contratista:
- b) Solvencia económica y financiera y solvencia técnica y profesional: De acuerdo con lo indicado en la Hoja-Resumen del pliego de cláusulas administrativas particulares.
 - c) Otros requisitos específicos: Declaración relativa a presentación decandidaturas por empresas del mismo grupo.
8. Presentación de ofertas o de solicitudes de participación:
- a) Fecha límite de presentación: 3 de enero de 2011 (14:00 horas).
 - b) Modalidad de presentación: Manual.
 - c) Lugar de presentación:
 - 1) Dependencia: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
 - 2) Domicilio: Calle Campezo, 1.
 - 3) Localidad y código postal: Madrid, 28022.
 - 4) Dirección electrónica: contratacion@aemps.es.
 - f) Plazo durante el cual el licitador estará obligado a mantener su oferta: 2 meses.
9. Apertura de Ofertas:
- b) Dirección: Calle Campezo, 1.
 - c) Localidad y código postal: Madrid.
 - d) Fecha y hora: Apertura de sobre número 2 (Oferta técnica), día 18 de enero de 2011 (12:00 horas). Apertura de sobre número 3 (Oferta económica), día 25 de enero de 2011 (12:00 horas).
10. Gastos de publicidad: Por cuenta del adjudicatario: 885,95 euros.
11. Fecha de envío del anuncio al "Diario Oficial de la Unión Europea": 24 de noviembre de 2010.

Madrid, 24 de noviembre de 2010.- La Directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Por Delegación (Resolución de 28 de marzo de 2000, «Boletín Oficial del Estado» n.º 88, de 12 de abril), el Secretario General, Francisco Javier Muñoz Aizpuru.

ID: A100088380-1

SUSANA GUITAR, NUEVA GERENTE DE RELACIONES EXTERNAS PARA LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ANDALUCÍA Y CANARIAS DE MSD



Susana Guitar se ha incorporado recientemente a MSD España como Gerente de Relaciones Externas para las Comunidades Autónomas de Andalucía y Canarias. Desde su posición, reportará directamente a Regina Revilla, directora de Relaciones Institucionales de la Compañía.

Antes de incorporarse a MSD, Susana era la Directora General de Investigación, Tecnología y Empresa de la Consejería de Economía, Innovación, y Ciencia de la Junta de Andalucía. “Estoy convencida que toda su experiencia en el ámbito de la investigación tecnológica, así como en el ámbito de la planificación y operaciones y su enorme conocimiento del sector farmacéutico aportarán un valor añadido al departamento de Relaciones Externas en particular, y a la Compañía en general, ayudándonos a afrontar los retos y a detectar y a provechar las oportunidades que se nos planteen”, asegura Regina Revilla.

Como Directora General, Susana ha participado activamente en la definición e impulso a los múltiples proyectos en materia de investigación y transferencia que se están desarrollando en Andalucía y que están vinculados al sector biomédico y sanitario. Además de trabajar para la Junta de Andalucía, Susana ha desempeñado diferentes cargos en el Instituto de Empresa, en la Empresa Metropolitana de Aguas de Sevilla, en el Comité para la Investigación en Preembriones Humanos, en el Comité de Bioética y en el de Ética de la Investigación en Andalucía, además de formar parte de los Comités de Trabajo del IV Plan Andaluz y del Programa Andaluz de Terapias Avanzadas.

Acerca de MSD

En la actualidad MSD es un líder de salud global que trabaja para contribuir a la salud mundial. MSD es conocida como Merck & Co., Inc. en Estados Unidos y en Canadá. Mediante nuestras medicinas, vacunas, terapias biológicas y productos de consumo y veterinaria, trabajamos con nuestros clientes operando en más de 140 países para ofrecer soluciones innovadoras de salud. También demostramos nuestro compromiso para incrementar el acceso a la asistencia sanitaria mediante programas de largo alcance que donan y entregan nuestros productos a las personas que los necesitan. Para obtener más información visite: www.msd.es.

ACCIÓN PSORIASIS Y ABBOTT RENUEVAN SU CONVENIO ANUAL DE COLABORACIÓN

- La filial de la compañía estadounidense en España y la asociación nacional de pacientes de psoriasis formalizan la continuidad de una relación que lleva vigente desde 2007
- La renovación del acuerdo tuvo lugar el jueves en la sede de Abbott en Madrid



Acción Psoriasis, la asociación nacional de afectados de psoriasis y familiares, y Abbott renovaron el pasado jueves el convenio de colaboración anual que les une para trabajar conjuntamente en la concienciación social sobre la patología, y para facilitar información sobre la enfermedad a pacientes y familiares, todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

El encuentro contó con la presencia del Director de Abbott España, Esteban Plata, y de la Presidenta de Acción Psoriasis, Juana María del Molino. Con este convenio, ambas entidades pretenden promover nuevas acciones sociales para buscar combatir la desinformación que existe en torno a la enfermedad y ayudar en la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen psoriasis y artritis psoriásica. “Acción Psoriasis es una entidad muy luchadora y que se caracteriza por el gran esfuerzo y la pasión que pone en todas las actividades que organiza. Para nosotros es un placer colaborar con Acción Psoriasis y tratar de buscar entre todos que las personas con psoriasis y artritis psoriásica puedan convivir con su enfermedad de una forma cada vez más cómoda”, destacó Esteban Plata durante la firma del convenio.

Por su parte, Juana María del Molino se ha mostrado satisfecha de la renovación del convenio: “Para nosotros este convenio nos da aire y fuerza para trabajar. Somos una entidad que está formada por voluntarios, con muchas ganas de hacer actividades para reivindicar los derechos de los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, y esto nos permite poner a su disposición recursos para informarles, apoyarles y trasladar su visión a los profesionales sanitarios”. Abbott y Acción Psoriasis colaboran desde 2007. Entre ambas entidades, y avalados por la AEDV (Academia Española de Dermatología y Venereología), han llevado a cabo diversas iniciativas de concienciación social, como la realización del estudio de calidad de vida Reto 6391 entre unos 2.500 afectados de psoriasis en España.

También es destacable el documental En Primer Plano, en el que siete pacientes con psoriasis y artritis psoriásica españoles cuentan en primera persona cómo es convivir con una enfermedad que les afecta tanto a nivel físico como psicológico y cómo es posible convivir con psoriasis y artritis psoriásica de forma normal, a pesar de las dificultades que conlleva. Por este último proyecto, Abbott España ha recibido un galardón por parte de la IFPA (Federación Internacional de Asociaciones de Pacientes de Psoriasis), por la amplia difusión conseguida y su gran impacto entre pacientes y familiares. Este es el primer premio que la IFPA concede a una compañía farmacéutica.

52nd ASH Annual Meeting and Exposition

PHARMAMAR PARTICIPA EN EL 52 CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE HEMATOLOGÍA (ASH)

- **PharmaMar ha presentado datos de un estudio en marcha de Fase II sobre Aplidin® que muestran eficacia y seguridad en pacientes con linfoma en recaída o refractario de células T periférico no cutáneo**
- **En el congreso se han dado cita los principales actores del mundo de la hematología para poner en común las principales novedades desarrolladas en esta área.**

PharmaMar, Grupo Zeltia (ZEL.MC), ha participado en el "52nd ASH Annual Meeting And Exposition" con la presentación de un póster de uno de sus principales productos, Aplidin®, que ha mostrado eficacia y seguridad en pacientes con linfoma refractario de células T periférico no cutáneo. En el Congreso, que se ha celebrado los días 4 a 7 de diciembre en Orlando, Florida, se han dado cita los principales actores del mundo de la hematología para poner en común las principales novedades y actualidad en el área.

El linfoma periférico de células T es un tipo de linfoma no Hodgkin, que representa el 10-15% de todos los nuevos diagnósticos. La mayoría de los pacientes recaen tras el primer tratamiento estándar de quimioterapia. Los últimos datos del estudio en Fase II con Aplidin® (plitidepsin) sobre 46 adultos con linfoma no-Hodgkin corroboran su eficacia y seguridad en pacientes con linfoma T en recaída /refractario no cutáneo; sobre 32 pacientes tratados con este diagnóstico, se observaron dos respuestas completas y 4 parciales.

La duración media de dichas respuestas fue de 2,2 meses, la progresión libre de supervivencia de 1,6 meses y la supervivencia global media fue de 10,2 meses. El estudio pone además de manifiesto la aceptable toxicidad del compuesto, que indica que Aplidin® podría ser una buena opción de tratamiento para pacientes con reserva medular pobre y en combinación con otros compuestos.

Dentro del congreso también se han presentado otros dos estudios sobre los compuestos Aplidin® y Zalypsis®. El primero ha demostrado que Aplidin® inhibe el crecimiento e induce apoptosis en células de neoplasias mieloproliferativas. El segundo ha abordado la combinación de Zalypsis® + Bortezomib+ Dexametasona, la cual ha mostrado una alta sinergia in vitro e in vivo para Mieloma Múltiple a través de la activación de diferentes mecanismos, como daño de ADN, apoptosis dependiente de caspasa y activación mitocondrial.

El compromiso de PharmaMar con las enfermedades raras

PharmaMar ha demostrado un fuerte compromiso con el desarrollo de medicamentos para enfermedades raras o huérfanas, aquellas que, según los criterios de la UE, afectan a menos de 5 personas de cada 10.000, de carácter grave o amenazante para la vida.

PharmaMar ha obtenido 4 designaciones de medicamentos huérfanos tanto por la Comisión Europea (CE) como por la Food and Drug Administration (FDA), para Yondelis® para tratar pacientes con Sarcomas de Tejidos Blandos (STB) y cáncer de ovario, y para Aplidin® en Leucemia Linfática Aguda (LLA) y Mieloma Múltiple (MM) respectivamente.



ESTUDIO DE FASE II CON FÁRMACO EN INVESTIGACIÓN PRIMERO DE SU GRUPO DEMUESTRA UNA MEJORÍA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

- **RG1678, un inhibidor de la recaptación de glicina con un novedoso mecanismo de acción, es el primer compuesto con un impacto importante en los síntomas negativos de esta enfermedad**

Roche (SIX: RO, ROG; OTCQX: RHHBY) presentó el pasado 6 de diciembre los resultados de ocho semanas de un estudio de fase II de RG16781, su inhibidor de la recaptación de glicina (IRG) –primero de su grupo– en investigación, para el tratamiento de la esquizofrenia. Los datos revelan una reducción clínicamente importante de los síntomas negativos de la esquizofrenia, acompañada de cambios beneficiosos en el funcionamiento personal y social. En este estudio se determinó la mejoría de síntomas predominantemente negativos de la esquizofrenia en pacientes tratados con RG1678 en combinación con antipsicóticos de segunda generación.

La esquizofrenia afecta a unos 24 millones de personas en todo el mundo y suele diagnosticarse entre los 15 y los 35 años de edad. Quienes sufren esquizofrenia pierden a menudo la motivación y el interés por las actividades sociales, se aíslan socialmente y les resulta difícil sentir placer en la vida diaria. Estos son los llamados síntomas negativos (o de déficit) de la enfermedad. Los tratamientos actuales de la esquizofrenia se orientan sobre todo a los síntomas positivos (o productivos) de la enfermedad, que incluyen las alucinaciones y las ideas delirantes y dejan a los pacientes frecuentemente con síntomas negativos continuos e incontrolados.

«Este nuevo compuesto podría ser el primer medicamento dirigido contra los síntomas negativos asociados con la esquizofrenia que permitiera a los pacientes realizar más eficientemente sus tareas cotidianas –ha comentado Hal Barron, director de Desarrollo Internacional y director médico de Roche–. El objetivo último del tratamiento de la esquizofrenia es que los pacientes recuperen una vida normal en el más alto grado posible. Ha habido conversaciones con las autoridades sanitarias y está en marcha un programa de fase III para confirmar la eficacia de RG1678».

El inhibidor de la recaptación de la glicina RG1678 normaliza la neurotransmisión de glutamato elevando los 2/5 niveles sinápticos de glicina; actúa así sobre una vía importante en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Al normalizar la neurotransmisión de glutamato en el cerebro, el singular mecanismo de acción de RG1678 podría tener, potencialmente, valiosas aplicaciones terapéuticas en otros trastornos psiquiátricos además de la esquizofrenia.

Acerca del estudio

En este estudio se evaluaron la eficacia y el perfil de seguridad de tres dosis de RG1678 (10 mg, 30 mg y 60 mg). La variable principal de valoración era el cambio de puntuación de los síntomas negativos al cabo de ocho semanas de tratamiento, determinado mediante la Escala de Síntomas psicóticos positivos y negativos (PANSS). Las variables secundarias de valoración se determinaron a partir de la mejora en las escalas de Impresiones clínicas globales (CGI) y de Rendimiento personal y social (PSP). Por lo que respecta al análisis, la población tratada según el protocolo era científicamente relevante para este estudio de estimación de la eficacia.

- Los cambios en la puntuación de la escala PANSS demostraban una mejoría estadísticamente significativa de los síntomas negativos en los pacientes que recibían 10 mg o 30 mg de RG1678 en comparación con placebo² (población según protocolo).
- Las diferencias en la mejoría de los síntomas negativos en la escala CGI era estadísticamente significativas entre RG1678 en la dosis de 10 mg y placebo³ (población según protocolo).
- En la escala PSP se registró también una tendencia hacia una mejoría funcional en el grupo de RG1678 (10 mg)⁴ en comparación con el de placebo (población según protocolo).
- Con la dosis de 60 mg no se observaron mejorías estadísticamente significativas en ninguna de las variables de valoración, lo que concuerda con los datos preclínicos.

RG1678 se toleró bien en general y el perfil de seguridad fue favorable. El porcentaje de pacientes que experimentaron al menos un acontecimiento adverso fue similar en los grupos de placebo y RG1678 (10 mg y 30 mg).

El porcentaje de pacientes retirados del estudio a causa de acontecimientos adversos fue del 1% en los grupos de placebo y de 10 mg de RG1678, del 9% en el de 30 mg de RG1678 y del 10% en el de 60 mg de RG1678. El porcentaje de abandonos por cualquier razón fue similar en los tres grupos de tratamiento (13-20%).

Acerca del diseño del estudio

- Estudio de fase II multicéntrico, aleatorizado, de doble ciego y con grupos paralelos, en 323 pacientes, para evaluar RG1678 frente a placebo en pacientes con síntomas predominantemente negativos de esquizofrenia.
- Los pacientes recibieron durante ocho semanas RG1678 o placebo por vía oral, una vez al día, en combinación con antipsicóticos de segunda generación. A continuación siguió un periodo de seguimiento de cuatro semanas.
- La variable principal de valoración era la eficacia determinada por el cambio de puntuación de los síntomas negativos en la escala PANSS en la semana ocho.
- Las variables secundarias de valoración eran: efectos del tratamiento en la semana ocho según el porcentaje de respondedores con síntomas negativos en la escala PANSS (mejoría \geq 20% de los valores basales), mejoría de los síntomas negativos en la escala CGI y cambio medio de los valores basales en la escala PSP.

Protocolo del estudio

La población tratada según el protocolo (es decir, población de análisis según protocolo) era científicamente relevante para este estudio de estimación de la eficacia y los resultados clave de la eficacia en esta población eran estadísticamente significativos.

Los resultados del análisis de la población con intención de tratar (ITT) también mostraban una tendencia significativa, aunque se incluyeron pacientes y centros que no cumplían el protocolo.

Seguridad

- En este estudio, RG1678 se toleró bien en general, y el perfil de seguridad fue favorable.
- Durante el estudio y el seguimiento se registraron tres casos de acontecimientos adversos graves en los que el investigador no podía excluir una relación con el tratamiento: uno en el grupo de 10 mg (ansiedad), otro en el de 30 mg (intento de suicidio) y otro en el de 60 mg (crisis de angustia). Acontecimientos adversos graves de este tipo no son inusuales en esta enfermedad y esta población de estudio. En todos los ensayos clínicos se vigilan de manera rigurosa.
- Se observó un descenso de la concentración de hemoglobina dependiente de la dosis, pero no se estimó clínicamente relevante.

Acerca de las escalas aplicadas en el estudio

Escala de Síntomas psicóticos positivos y negativos (PANSS)

- PANSS es una escala de 30 ítems diseñada para determinar la gravedad de numerosos síntomas de esquizofrenia. Se valora entre uno y siete el estado del paciente en 30 síntomas diferentes de acuerdo con el resultado de una entrevista y con los informes de familiares o personal hospitalario de atención primaria.

Escala de Impresiones clínicas globales (CGI)

- En cada visita del paciente tras el inicio de la medicación se valora la mejoría en la escala CGI. El médico compara el estado clínico general del paciente con el de la visita inicial aplicando una escala de siete puntos entre mejoría muy grande (1) y empeoramiento muy grande (7).

Escala de Rendimiento personal y social (PSP)

- Para evaluar el rendimiento personal y social, el médico se sirve de una entrevista clínica combinada con la observación clínica dirigida al funcionamiento del paciente en cuatro áreas principales: actividades sociales útiles, relaciones personales y sociales, cuidado de sí mismo y comportamiento alterado y agresivo. La puntuación va de 0 a 100 en una escala subdividida en diez intervalos iguales, lo que permite detectar cambios pequeños en el funcionamiento.

Acerca de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un grave trastorno mental, caracterizado por desarreglos profundos del pensamiento y el comportamiento que afectan a la capacidad para llevar una vida normal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este trastorno afecta a unos 24 millones de personas en todo el mundo y suele diagnosticarse entre los 15 y los 35 años de edad. A grandes rasgos, la esquizofrenia se caracteriza por síntomas positivos, síntomas negativos y déficits cognitivos. Síntomas positivos son síntomas psicóticos como las alucinaciones y las ideas delirantes. Los síntomas negativos de la esquizofrenia se asocian con la alteración del comportamiento y las emociones normales, como apatía, aislamiento social, pasividad y reducción de la capacidad para sentir placer en la vida diaria. Los déficits cognitivos incluyen dificultades para concentrarse y/o seguir instrucciones, dificultades para finalizar tareas, problemas de memoria y pensamiento desorganizado.

Presentación de la primera obra de referencia en la especialidad

LA COMUNIDAD VALENCIANA SE SITÚA POR ENCIMA DE LA MEDIA NACIONAL EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS RADIOTERAPÉUTICOS

- **La tasa de utilización de la radioterapia en la Comunidad Valenciana es del 68%, por encima de la tasa nacional óptima de referencia situada entre el 52 y 68%**
- **El coste de la radioterapia supone un 5,8% del total de los tratamientos oncológicos**

La pasada semana se celebró la presentación del Libro Blanco de Oncología Radioterápica, convocada por el Grupo de Oncología Radioterápica de Valencia y Murcia (GORVAMUR), con el objetivo de analizar la situación actual y la tendencia de la oncología radioterápica, así como la presentación del Libro Blanco de Oncología Radioterápica, un exhaustivo trabajo elaborado por un equipo de especialistas con el soporte oficial de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) y con el patrocinio de la compañía farmacéutica ProStrakan.

El Libro Blanco de Oncología Radioterápica es un análisis de las necesidades y recursos de la oncología radioterápica, así como de la situación del cáncer en España y sus estrategias de futuro. Además, el libro precisa temas de importancia en este campo, como su docencia, gestión clínica, gestión de calidad e investigación.

El acto comenzó con una presentación de la Dra. Ana Fernández, Directora Médica de ProStrakan, compañía que ha patrocinado este Libro Blanco.

La Dra. Fernández, presentó la compañía ProStrakan, destacando su trayectoria e implantación internacional y su compromiso con los pacientes y con los médicos y, especialmente en el área del dolor. ProStrakan comercializa un producto específico para el dolor irruptivo en pacientes con cáncer.

El Dr. José Luis Mengual, Presidente de GORVAMUR, destacó la importancia de este primer Libro Blanco como herramienta de trabajo y referencia para la elaboración de los planes estratégicos. Presentó la misión y los objetivos de GORVAMUR, como asociación de profesionales dedicados a la oncología radioterápica, con una clara vocación hacia la investigación, la formación en nuevas técnicas y las relaciones profesionales con otras especialidades e instituciones.

A continuación se realizaron exposiciones de los principales capítulos del Libro Blanco, empezando por una aproximación a la epidemiología y los recursos actuales de la especialidad con especial incidencia en la Comunidad Valenciana por parte del Dr. Leoncio Arribas, Jefe de Servicio de Radioterapia del Instituto Valenciano de Oncología (IVO).

El Dr. Arribas explicó que la Comunitat está por encima de la media española en radioterapia por lo que calificó la situación de “muy buena con respecto al resto de España”.

Así, según los datos aportados por el Dr. Arribas la tasa de utilización de la radioterapia en la Comunidad es del 68%, por encima de la tasa nacional óptima de referencia situada entre el 52 y 68%. En total hay 13 servicios de radioterapia oncológica en la Comunidad Valenciana. A nivel nacional, el cáncer es la 2ª causa de muerte en España, con el 26% de mortalidad por todas las causas, y afecta al 16% de los hombres y el 7% de las mujeres, considerando tasas acumulativas hasta los 74 años.

Añadió que se ha producido un descenso de la mortalidad del cáncer de estómago, de mama y de próstata y, sin embargo, ha habido un aumento de la mortalidad en el cáncer de pulmón en mujeres y de colon y recto en hombres.

El Dr. Arribas finalizó su intervención explicando que la supervivencia de cáncer en España, relativa a los cinco años, es del 44% en hombres y del 59% en mujeres; con una supervivencia muy alta, superior al 80% en cáncer de labio, testículo, tiroides, melanoma cutáneo, de mama y linfoma Hodgking.

El Dr. Enrique García Miragall, Jefe de Servicio de Radioterapia del Hospital de Elche, presentó una aproximación a las nuevas tecnologías aplicadas a la oncología radioterapia y algunos elementos de futuro. Para el Dr. García Miragall, la necesidad de incorporar nuevas tecnologías y la renovación de los recursos actuales es fundamental a la vez que exige una inversión permanente en equipos, en recursos humanos y en formación. Uno de los retos actuales que plantea la radioterapia, según el doctor García, es el “poder suministrar dosis superiores o de forma óptima sin incrementar los efectos adversos y conseguir mejores resultados”.

Por último, el Dr. Carlos Ferrer, Jefe de Servicio de Radioterapia del Hospital Provincial de Castellón, presentó las necesidades de formación y de investigación.

La incorporación de nuevas tecnologías y los nuevos enfoques terapéuticos obligan a una actualización permanente de conocimientos que debe extenderse a otras especialidades como oncología, medicina general, radiofísicos hospitalarios y enfermería especializada.

La utilización de medios como la autoformación con revisiones bibliográficas on line, cursos acreditados y estancias en centros nacionales e internacionales son las vías disponibles. La investigación en oncología radioterápica es un elemento fundamental que hay que potenciar, con investigación preclínica y básica y participando en estudios multidisciplinares. El grupo GICOR, del que es Presidente el Dr. Ferrer, tienen un importante papel en la puesta en marcha de investigación con participación de grupos nacionales e internacionales, en la formación en las áreas de investigación básica y clínica y en la difusión de los logros de la investigación en foros científicos.

ProStrakan

ProStrakan es una compañía farmacéutica basada en la investigación, desarrollo y comercialización de soluciones terapéuticas a patologías no totalmente cubiertas.

ProStrakan tiene su centro en Escocia, Gran Bretaña, con filiales en Europa y Estados Unidos y con centros de investigación y desarrollo en Galashiels, Gran Bretaña y en New Jersey, Estados Unidos. En España está establecida como compañía desde el año 2005, con una primera etapa de desarrollo basado en la comercialización de productos de urología y, mas recientemente, la incorporación con alta prioridad, de productos especializados para oncología y cuidados paliativos. Entre estos últimos, la presentación del citrato de fentanilo sublingual bajo la marca de Abstral, para el dolor irruptivo oncológico.

GORVAMUR, Grupo de Oncología Radioterápica

GORVAMUR es una Asociación formada por profesionales dedicados a la especialidad médica de Oncología Radioterápica y Físicos especialistas en Radiofísica Hospitalaria que desarrolla su actividad en las Comunidades Autónomas de Valencia y Murcia. Sus objetivos se centran en potenciar el desarrollo de la investigación, ofrecer asesoramiento a personas y entidades, promocionar el aprendizaje de nuevas técnicas de diagnóstico, exploración y tratamiento de las enfermedades oncológicas, y promover relaciones profesionales con fines científicos de sus miembros y con profesionales de otras asociaciones, organizando reuniones, cursos y conferencias relacionadas con la Oncología.



La figura del día

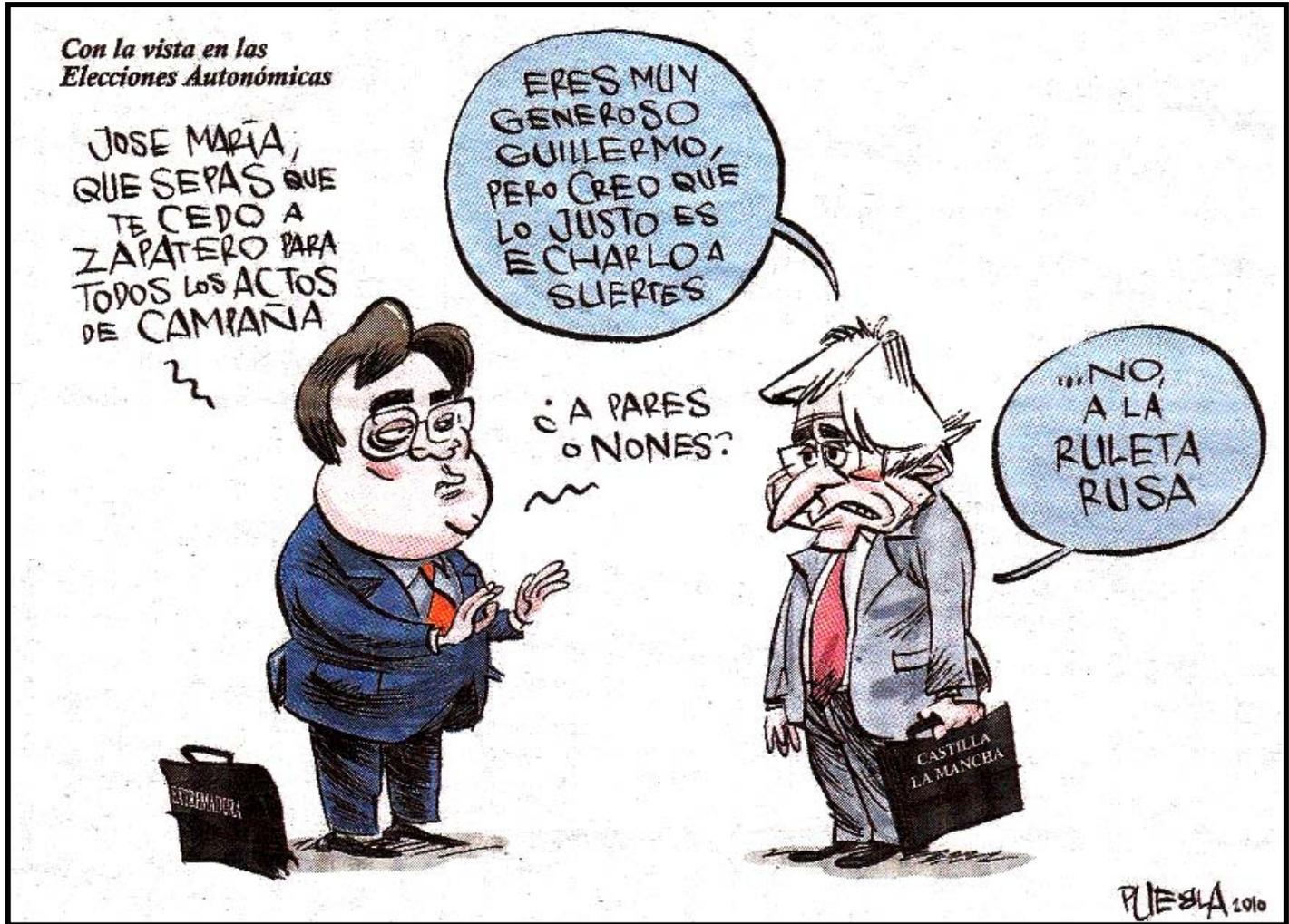
LEIRE PAJÍN IRAOLA, MINISTRA DE SANIDAD



EL PRIMER CI DE LA MINISTRA, UNA GRAN “PRUEBA DE FUEGO”

- LO QUE HOY EN SANTIAGO DE COMPOSTELA DEBIERA SER UN CI DE SALUDO Y PRESENTACIÓN DE LEIRE PAJÍN SEGUIDO DE UNA REUNIÓN DE MERO TRÁMITE POSTERIOR CON ALBERTO NÚÑEZ FEIJOÓ, SE HA CONVERTIDO CON EL PASO DE LOS DÍAS EN UNA “PRUEBA DE FUEGO” ENORME PARA LA NUEVA MINISTRA, QUE POR PRIMERA VEZ PODRÁ SER EVALUADA DE VERDAD. DE CÓMO LIBRE Y RESUELVA LA BATALLA, SE TRAZARÁ EL PERFIL DE TODA SU TRAYECTORIA...
- UNA VEZ QUE LA MINISTRA HA DECIDIDO NO PARAR EL CI PESE AL “ÓRDAGO A LA GRANDE” QUE LE LANZARON LAS CC.AA DEL PSOE HACE UNA SEMANA EN LA C. DELEGADA QUE LO PREPARÓ, LA MINISTRA NO PUEDE ACHANTARSE ANTE EL ARROJO Y LOCUCIDAD DE M^a JESÚS MONTERO. MAL ESTÁ YA QUE HAYA DECIDIDO UNA ABSURDA “SOLUCIÓN SALOMÓNICA” RETIRANDO SÓLO 2 DE LOS 4 DECRETOS FARMACÉUTICOS EN DISCORDIA. PERO PEOR SERÍA QUE PERMITA QUE LA BULLA Y BRONCA DE HACE UNA SEMANA SE REPRODUZCAN DE NUEVO.
- Y EN 2º LUGAR, LA MINISTRA NO PUEDE DESPACHAR LA CUESTIÓN DE LA DEUDA Y LA FALTA DE FINANCIACIÓN CON MENSAJES VACÍOS, COMO HA HECHO HASTA HOY POR SU CONDICIÓN NEÓFITA. LA SANIDAD ESTÁ EN UN COMA FINANCIERO MORROCOTUDO. ESO ES LO MALO. PERO HOY EN ESA REUNIÓN VA A HABER HOMBRES COMO M. CERVERA, LASQUETTY, LAMATA O LA MURCIANA PALACIOS QUE SABEN DE NÚMEROS Y ESTARÁN DISPUESTOS A DAR DOS PASOS SI ELLA HACE TAN SOLO UN GESTO DE ARRIMAR EL HOMBRO Y AFRONTAR EL ASUNTO.
- LEIRE PAJÍN ESTÁ ASÍ ANTE UN RETO DE GRAN ENJUNDIA. Y EN LA CONFIANZA DE QUE SEPA ENCARARLO, HOY MERECE SER NUESTRA “FIGURA 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



ABC



ACTO ANUAL DE ENTREGA DE DISTINCIONES Y MEDALLAS DEL C. FARMACÉUTICO DE MADRID (1)



→ **Primera fila.-** A la izquierda, Carlos Ibáñez, Director General del COF Madrid, con el Director G. de Farmacia de la Consejería, Pedro Llorente, que ha hecho un gran esfuerzo para que las farmacias tuvieran un buen Concierto y que ha resuelto bien el pago del mes de octubre. Y a la derecha, la Viceconsejera Patricia Flores, con Alberto García Romero y Luis González.

→ **Segunda fila.-** A la izquierda, Patricia Flores y Alberto García Romero, con José Carlos Montilla tras concederle su galardón como antiguo miembro de la Junta. Montilla hizo un discurso precioso en el que más de una vez la voz se le cortó... Su labor incansable, esfuerzo y el cariño que toda la farmacia española le tiene se refrendarán el próximo día 15 en los Premios Panorama. A la derecha, la ex Tesorera María Teresa Castaños muestra el galardón que reconoce su trabajo.

**ACTO ANUAL DE ENTREGA DE DISTINCIONES Y
MEDALLAS DEL C. FARMACÉUTICO DE MADRID (2)**

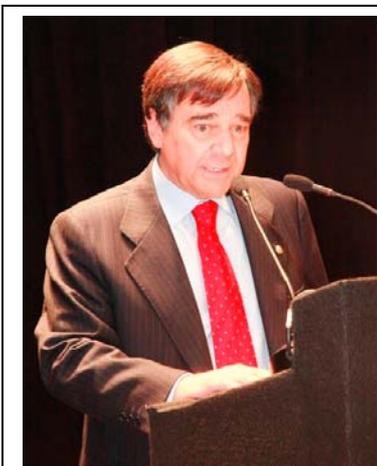


→ **Fila superior.-** “Foto de familia” de todos los miembros de la Junta de Gobierno reconocidos con Alberto G^a Romero, Luis González y la Viceconsejera Patricia Flores, que hizo un buen discurso.

→ **Segunda fila.-** A la izquierda, Pilar León muestra su galardón junto a Patricia Flores y García Romero. Y a la derecha, Carlos González Bosch, Pte. de Cofares, sentado junto a Pedro Capilla.

→ **Tercera fila.-** A la izquierda, García Romero con Alexia Lario, Presidenta de Adefarma, que últimamente anda muy floja y bastante desorientada. Para su fortuna, Luciano Montero le enmienda siempre sus errores. A la derecha, Fernando Magro (Esteve) y Antonio Moreno.

ACTO ANUAL DE ENTREGA DE DISTINCIONES Y MEDALLAS DEL C. FARMACÉUTICO DE MADRID (3)



→ **Primera fila.-** De izquierda a derecha, García Romero, Susana Acacio, Sofía Fuentes del Río (CECOFAR), Juan Acosta (Hefame) y Carlos González Bosch. Una foto simpática y de gran valor.

→ **Segunda fila.-** A la izquierda y en el centro, Luis González y Patricia Flores durante sus palabras. Y a la derecha, conversación entre García Romero y Pedro Capilla, que estuvo activo.

→ **Tercera fila.-** A la izquierda, Enrique Granda y Miguel A. Martín (SANIFAX), con otro asistente. Y a la derecha, la Vicepta Mercedes González, con Vanesa Otazú, "DirCom" de Eupharlaw.

ACTO ANUAL DE ENTREGA DE DISTINCIONES Y MEDALLAS DEL C. FARMACÉUTICO DE MADRID (4)



→ **Primera fila.-** Bonita imagen de Patricia Flores y Pedro Llorente con miembros de la Junta del COF de Madrid y con Ernesto Marco hijo, un gran farmacéutico, que era uno de los galardonados.

→ **Segunda fila.-** A la izquierda, Antonio Moreno “El Delfín” con Pedro Capilla. Se vio un buen “feeling” entre ambos. Y a la derecha, Fernando Magro (Esteve), con Alberto García Romero.

→ **Tercera fila.-** De izquierda a derecha, Carlos Ibáñez (un gran Director General), “Meme” Piñol, Antonio Mingarro (SANIFAX), Pilar León y el Vocal Rafael Puerto, siempre muy sonriente.

**ACTO ANUAL DE ENTREGA DE DISTINCIONES Y
MEDALLAS DEL C. FARMACÉUTICO DE MADRID (5)**



→ **Primera fila.-** “Foto de familia” del equipo del COF de Madrid con todos los galardonados por sus 50 años de colegiación, que recibieron un reconocimiento merecido por su trayectoria.

→ **Segunda fila.-** A la izquierda, Miguel A. Martín (SANIFAX), con Pedro Sánchez, un gran hombre de la industria, y su hija Cristina, guapísima y encantadora. Y a la derecha, José Carlos Montilla, junto a Enrique Granda. Cuánta sabiduría y contactos en “altas esferas” se unen en esta foto...

→ **Tercera fila.-** A la izquierda, P. Capilla y su esposa, con una de sus hijas y uno de sus yernos. Y a la derecha, la pareja de García Romero, una fantástica mujer, junto a otra asistente.

**ACTO ANUAL DE ENTREGA DE DISTINCIONES Y
MEDALLAS DEL C. FARMACÉUTICO DE MADRID (y 6)**



→ **Primera fila.-** “Foto de familia” del nuevo equipo del COF de Madrid surgido de los últimos comicios junto a los miembros salientes de la Junta. Una imagen sin duda para el recuerdo.

→ **Segunda fila.-** A la izquierda, Ana María Quintas con la Vocal de Alimentación, Yolanda Pontes. Y a la derecha, “Meme Piñol”, que seguro que echó de menos a su primo Federico, con E. Marco.

→ **Tercera fila.-** Preciosa foto de Pilar León enseñando su Placa de recuerdo junto a su marido y sus 3 hijos. Sólo el de la derecha estudia Farmacia. Los otros dos, Industriales y Empresariales...

CUARTA JORNADA DEL FORO DE LÍDERES EN SALUD IMPULSADO POR LA FUNDACIÓN BAMBERG (1)



→ **Primera fila.-** A la izquierda, Pepe Soto, que tuvo una formidable intervención, aunque un poco larga (47 minutos), con Norberto Larroca, Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales. Y a la derecha, Alfonso Moreno moderó la mesa en la que intervinieron Boi Ruiz, Presidente de la Unión Catalana de Hospitales (cuya ponencia hoy reproducimos) y Antonio Ferreira, Presidente del Consejo de Administración del Hospital Sao Joao de Oporto (Portugal).

→ **Segunda fila.-** A la izquierda, Mario González, Gerente del Hospital Central de Asturias, con Luis Carretero, Gerente del Hospital Son Dureta – Son Espases, y Mariano Guerrero, Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud, que sustituyó a Alberto de Rosa y lo hizo a un altísimo nivel, demostrando que es un hombre importantísimo en la sanidad privada. Y a la derecha, repite Luis Carretero junto a Cristina Granados, Gerente del Hospital de Móstoles, que el día 13 organiza un acto precioso junto a Bayer, que servirá como “presentación oficial” de Rainer Krause.

CUARTA JORNADA DEL FORO DE LÍDERES EN SALUD IMPULSADO POR LA FUNDACIÓN BAMBERG (2)



→ **Primera fila.-** A la izquierda: Salvador Arribas, Alfonso J. Palacios, Belén Prado, Pepe Soto y el portugués Carlos Tomás, en la clausura. Y a la derecha, Héctor Vazziano, Presidente de Fecliba.

→ **Segunda fila.-** A la izquierda, Pedro Izquierdo y Encarnación Fernández del Palacio. En el centro, Ignacio Para. Y a la derecha, Victoria Ayala (Oximesa) y Lourdes González (Sedisa).

→ **Tercera fila.-** A la izquierda, Mariano Guerrero e Ignacio Martínez Jover. En el centro, Antonio Bartolomé. Y a la derecha, Ana Harfouche con Salvador Arribas, que además de trabajar bien, se ha pasado la semana con una grave conjuntivitis y pese a ello no se ha perdido una sola ponencia.

LOS POLÍTICOS MADRILEÑOS ARROPAN A TORRE-MARÍN EN SU TOMA DE POSESIÓN



A LA TOMA DE POSESIÓN DE LA NUEVA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD, CRISTINA TORRE-MARÍN, CELEBRADA EL PASADO VIERNES EN MADRID, ACUDIERON PERSONALIDADES DEL MUNDO DE LA POLÍTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID COMO LAS QUE PUEDEN VERSE EN LA PRIMERA FOTO. DE IZQUIERDA A DERECHA, LA VICECONSEJERA DE ASISTENCIA SANITARIA, PATRICIA FLORES; LA DE ORDENACIÓN SANITARIA E INFRAESTRUCTURAS, BELÉN PRADO; LA CONSEJERA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES, ENGRACIA HIDALGO; EL VICEPRESIDENTE REGIONAL, PORTAVOZ Y CONSEJERO DE CULTURA Y DEPORTES, IGNACIO GONZÁLEZ; LA PROPIA TORRE-MARÍN; EL CONSEJERO DE SANIDAD, FERNÁNDEZ-LASQUETTY; LA SECRETARIA GENERAL SALIENTE, BEATRIZ VIANA Y EL VICECONSEJERO DE DEPORTES, JAVIER HERNÁNDEZ. EN LA SIGUIENTE FILA, A LA IZQUIERDA, FERNÁNDEZ-LASQUETTY CON IGNACIO GONZÁLEZ Y TORRE-MARÍN EN UN MOMENTO DEL ACTO. A LA DERECHA, LA NUEVA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA TOMA POSESIÓN DE SU CARGO, BAJO LA ATENTA MIRADA DE LA VICECONSEJERA, PATRICIA FLORES.



El Avispero

EL LARGO PUENTE DE LA INMACULADA NOS HA TRAI DO DOS HECHOS A DESTACAR: EL PRIMERO, EL FALLECIMIENTO DEL PADRE DE PEPE MARTINEZ OLMOS, QUE FUE ENTERRADO ANTEAYER EN GUADIX (GRANADA). SANIFAX HIZO UNA EDICION ESPECIAL URGENTE EL PASADO MARTES, UN RESUMEN DE LA CUAL RECOGEMOS EN NUESTRO NUMERO DE HOY PARA AQUELLOS QUE EL PUENTE LE COGIERA FUERA DEL DESPACHO Y NO SE HUBIESEN ENTERADO. DESDE AQUÍ REITERAMOS A MARTINEZ OLMOS EL PESAME DE TODA LA REDACCION DE SANIFAX EN UNOS MOMENTOS ESPECIALMENTE DIFICILES, COMO ES SIEMPRE LA MUERTE DE UN PADRE.

EL SEGUNDO, HA SIDO EL "AVISO" DE LA COMISION EUROPEA DE UNA FORMA CLARA Y TAXATIVA DE QUE ESPAÑA TIENE QUE IR AL COPAGO SANITARIO. DE QUE LA SANIDAD GRATIS TOTAL, COMO HASTA AHORA, ES IMPOSIBLE. Y QUE HAY QUE EMPEZAR A PAGAR ALGO. COSA QUE ES DE CAJON DESDE HACE AÑOS. EL PROPIO GARCIA VARGAS HACE MUCHO QUE LO ADVIRTIO. PUES BIEN, AUNQUE ELENA SALGADO Y PAJIN DIGAN QUE NO, ESPAÑA TIENE QUE CREAR UN PLAN DE "SALVACION DEL SISTEMA SANITARIO". OLVIDEN LA PALABRA MALDITA "COPAGO". Y HABLESE DE VERDAD DE "PLAN DE SALVACION DEL SISTEMA SANITARIO". AHÍ DEBE EMPEZAR A TRABAJAR EL GOBIERNO SI NO QUIERE QUE EN LOS MERCADOS EN FEBRERO, QUE ES CUANDO HAY QUE RENOVAR UNA PARTE IMPORTANTE DE LA DEUDA PUBLICA, HAYA UNA BAJADA DE LA BOLSA Y DE TODO EL SISTEMA FINANCIERO.

Y MIENTRAS, SIGUE EL PROBLEMA DE LAS FARMACIAS ANDALUZAS (SE ESTA A LA ESPERA DE QUE LA CONSEJERA RESPONDA A LA CARTA DE ARENAS QUE TIENE EL APOYO DE FARMAINDUSTRIA, FEDIFAR, EL CONSEJO DE MENCHU PEÑA, ETC). OTRO CONFLICTO AUNQUE MENOR, SE DIVISA ESTE FIN DE SEMANA EN LA JUNTA GENERAL DEL COLEGIO DE MALAGA DONDE SI TUDELA NO SE EMPLEA A FONDO, PUEDEN ECHARLE ABAJO VARIAS PARTIDAS, ENTRE ELLAS LA DE LA REVISTA COLEGIAL Y EL CONTRATO CON SU ASESOR DE PRENSA, QUE POR CIERTO, ES UN BUEN PROFESIONAL. LUEGO, POR LA NOCHE ESE DIA ES LA CENA ANUAL DEL COLEGIO FARMACÉUTICO DONDE ALGUNO PUEDE IR "CON HERIDAS DE GUERRA".

Y POR ULTIMO, HOY PRIMER CONSEJO INTERTERRITORIAL DE LEIRE PAJIN. AL FINAL SE VA A CELEBRAR A PESAR DE QUE DE LOS 4 DECRETOS FARMACEUTICOS FUERAN ECHADOS ATRÁS POR LA COMISION DELEGADA DEL C.I. LEIRE PAJIN SE HA IMPUESTO Y HA RESCATADO 2 DE LOS DENEGADOS POR LA DELEGADA. HOY SE PUEDE DAR EN SANTIAGO, SI EL PATRON NO LO IMPIDE, ALGO KAFKIANO: LAS AUTONOMIAS DEL PSOE CONTRA LEIRE PAJIN Y LAS DEL PP (ALGUNO YA SE LO HA DICHO A LEIRE AL OIDO) APOYANDO A PAJIN PARA NO EMBARRANCAR DEL TODO EL MALTRECHO SNS. SERA ADEMAS EL ÚLTIMO C.I DE MARINA GELI. UN C.I. MUY INTERESANTE, CON MUCHO JUEGO POLITICO: LOS DEL PSOE ACORRALANDO A LEIRE Y EL PP ¡¡TENDIEN DOLE LA MANO!!.

LA ANÉCDOTA: ¡¡¡BENDITA ASPIRINA, BENDITO BAYER!!!

ALGUNOS LO SABIAMOS DESDE HACE MUCHO TIEMPO. OTROS LO DUDABAN. PERO EL ULTIMO INFORME SOBRE LA ASPIRINA NO DEJA LUGAR A DUDAS SOBRE SU BENEFICIO CONTRA EL INFARTO, EL CANCER,...¡¡BENDITA ASPIRINA, BENDITO BAYER QUE LA INVENTO!! Y MALDITA DEMAGOGIA, PUES UNA CAJA DE ASPIRINA VALE MENOS POR EJEMPLO QUE 1 KG DE TOMATES, O DE CEBOLLAS, O QUE UNA HAMBURGUESA EN UN BURGER KING. MALDITA DEMAGOGIA DE LOS POLITICOS Y ¡¡ BENDITA ASPIRINA !!.