



**Pensamiento del día:**  
26-04-2007  
PUBLIO GORDÓN  
4.509



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



## EL PRESIDENTE DE MSD EUROPA VISITA ESPAÑA Y DICE...

- “ESPAÑA ES UNO DE LOS PAISES DE EUROPA QUE MENOS CUMPLE EL ACUERDO DE PATENTES”.
- “NO ESTAMOS POR NINGUNA FUSION. SEGUIREMOS CRECIENDO SOLOS”.
- MSD VA A ABRIR CENTROS DE I+D EN VARIOS PAISES DE EUROPA.
- INTERESANTE RUEDA DE PRENSA DE STEFAN OSCHMANN, EN MADRID

## J. OLMOS RECONOCE EN EL C. DE LOS DIPUTADOS, QUE EN LOS ULTIMOS AÑOS LOS ESPAÑOLES PREFIEREN LA SANIDAD PRIVADA A LA PUBLICA

- HOY, INTERVENCIÓN INTEGRAL DE J. OLMOS Y CONTESTACIÓN DE LA DIPUTADA DEL PP, DOLORES PAN, EN LA COMISION DE SANIDAD.

### OTROS TEMAS IMPORTANTES DEL DIA

- VALENCIA: BLASCO LOGRA EVITAR LA HUELGA DE LA PRIMARIA. LA MEDIACIÓN DE VICENTE ALAPONT Y RICARDO FERRE HA SIDO DECISIVA.
- INTERESANTE ARTICULO DE JOSE BAREA EN LA RAZON SOBRE EL FUTURO
- MÁXIMO G. JURADO PREPARA EL DIA DE LA ENFERMERIA QUE SERA EL DIA 12.
- ASISA: HOY SESION DEL AULA MONTPELLIER EN ZARAGOZA.
- EXCELENTES RESULTADOS MUNDIALES DE GSK. HOY DATOS PORMENORIZADOS
- EMOTIVO HOMENAJE A FERNANDO MUGARZA, EN LA VELADA PERIODÍSTICA DE NOVARTIS. (VER “AVISPERO” Y GRAN REPORTAJE GRAFICO).

- ULTIMA HORA: ANOCHE E. DE LA FIGUERA, RATIFICADO PRESIDENTE DEL C. MEDICO DE ZARAGOZA SIN VOTOS EN CONTRA Y SOLO 2 ABSTENCIONES

### Y DOS DOSSIERES ESPECIALES:

- A) ESTADO DE LA SANIDAD PRIVADA Y LA ASISTENCIA EN MURCIA (ALIAD).
- B) EXPOSICIÓN INICIAL DEL PRESIDENTE DE MSD EN EUROPA AYER EN MADRID



## Compromiso de Novartis con España

### Investigación e Innovación tecnológica desde España

- A través de una red de investigadores en 1381 centros y con 5.395 pacientes en todas las fases del desarrollo clínico.
- Con el impulso de la articulación de las políticas industrial y sanitaria en parques tecnológicos y biorregiones españoles, el Centro de Referencia en Farmacoepidemiología (Barcelona), los Institutos Novartis de Investigación Biomédica (NIBR) y los corporativos como el Instituto Novartis de Enfermedades Tropicales (NITD).
- Mediante las actividades encaminadas al avance y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y de Formación Continuada para los profesionales sanitarios.

### Atención al paciente / salud de la población

- Con los profesionales de la salud: más de 10 millones de personas (1 de cada 4) en nuestro país son tratadas con productos Novartis.
- Con la mejora en la práctica clínica diaria a través de la investigación de resultados en salud (IRS): 20 proyectos de IRS en todo el territorio español con la participación de 4.800 investigadores y cerca de 30.000 pacientes.
- Mediante los proyectos de soporte al desarrollo de la participación y educación sanitaria de los pacientes y sus Asociaciones, en el contexto de la diversidad actual.

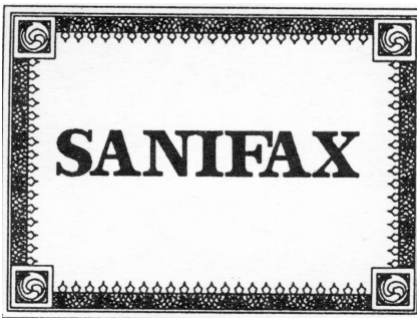
### Internacionalización desde España

- Gestión de Mercados Internacionales, que afectan al 70% de la población mundial.
- Exportaciones internacionales a más de 70 países desde nuestras plantas de producción.
- Transferencia de conocimiento, innovación organizativa y formación en el entorno sanitario y tecnológico.

### Responsabilidad Social/Gestión Ética

- Mediante la promoción de la cultura de Gestión Ética, plasmada en la norma SGE21 de Forética.
- La preocupación por el medio ambiente y la seguridad en el trabajo, recogida en las certificaciones según las normas ISO-14001 y OHSAS 18001
- A través de sus programas de ayuda humanitaria en colaboración con Instituciones y ONG's.

*Innovación responsable para ti*



## **STEFAN OSCHMANN: “MSD ABRIRÁ CENTROS DE I+D EN EXCELENCIA POR TODA EUROPA”**

**\* “NUESTRA OFICINA EUROPEA EN MUNICH VA A CAMBIAR MUCHO LAS COSAS Y PODREMOS ESTAR MÁS CERCA”**

**\* RUEDA DE PRENSA ÍNTEGRA AYER DEL PTE. DE MSD PARA EUROPA, ÁFRICA, ORIENTE MEDIO Y CANADÁ**

EL PRESIDENTE MUNDIAL DE MSD PARA EUROPA, ÁFRICA, ORIENTE MEDIO Y CANADÁ, DR. STEFAN OSCHMANN, CREÓ AYER UN INTERESANTE PRECEDENTE A SU PASO POR MADRID. LAS VISITAS DE ALTOS DIRECTIVOS EUROPEOS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA SON ALGO COMÚN COMO CONSECUENCIA DE QUE ESPAÑA ES UNO DE LOS MERCADOS FARMACÉUTICOS MÁS IMPORTANTES DEL MUNDO. PERO POCAS VECES, POR NO DECIR NINGUNA, EL DIRECTIVO MUNDIAL DE UN LABORATORIO QUE VISITA ESPAÑA SE HABÍA OFRECIDO A TENER UN ENCUENTRO CON LOS MEDIOS. Y EN EL CASO DE OSCHMANN, CON MAYOR VALENTÍA SI CABE, PUES A LAS CUESTIONES COMUNES, COMO LAS PATENTES O LOS PRECIOS, SE AÑADÍAN PREGUNTAS COMO LA DE VIOXX O LA VENTA DIRECTA DE FÁRMACOS, QUE SEGURO IBAN A SALIR. OSCHMANN DEMOSTRÓ SER UNA BUENÍSIMA CABEZA Y RESPONDIÓ CON HABILIDAD Y DE FORMA SINCERA A LAS PREGUNTAS. OJALÁ LOS EMILIO MORALEDA, ELLENA, MARTÍN SELLES (JANNSEN), ACEBILLO, ETC... TAMBIÉN LOGREN CONVENCER A SUS JEFES PARA QUE, CUANDO ACUDAN A ESPAÑA, CONCEDAN RUEDAS DE PRENSA. A CONTINUACIÓN TRANSCRIBIMOS UNA A UNA LAS PREGUNTAS DE AYER A OSCHMANN.

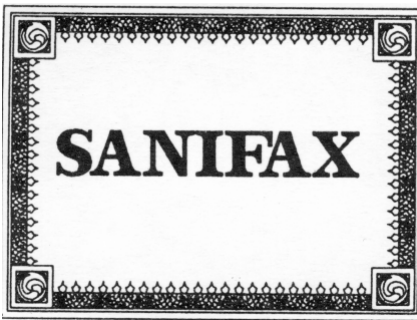
### **→ ¿Cómo va a funcionar la Oficina Europea que MSD va a poner en marcha en Munich?**

→ El MSD de Munich estará en funcionamiento durante el tercer trimestre de este mismo año. Y tendremos una inauguración oficial, probablemente en noviembre. Allí compartiremos más información sobre nuestra empresa. Como dije antes, tomamos la decisión política de trasladar las sedes regionales, sacándolas de la sede global, y llevándolas a las distintas regiones. Estuvimos con un proceso de evaluación. Vimos cuál era la situación fiscal, el nivel de inversión en cada país, las conexiones a ellas, la disponibilidad de escuelas para la gente que tenía que trasladarse. Había muchas ciudades candidatas. Al final se seleccionó Munich por sus características generales.



Aproximadamente se van a crear unos 30-50 nuevos puestos de trabajo en esta nueva empresa. Por lo tanto, la inversión financiera no va a ser tan grande. La decisión tiene más bien importancia estratégica. Pues con la presencia de MSD en Europa van a cambiar mucho las cosas. Y estamos pensando en trasladar otras funciones a Europa también. Estamos abiertos a abrir centros de excelencia en diferentes países europeos. Creo que en el entorno empresarial actual las inversiones en activo físico, son lo importante. Lo importante es tener una presencia. La inversión que hacemos en investigación, por ejemplo. La investigación que generamos a través de nuestra presencia, de forma indirecta también. No les puedo dar una cifra exacta, una cifra precisa pero, entre 30 y 50 puestos de trabajo se van a crear en esta nueva sede. ¿Estaríamos hablando, a lo mejor, de un par de millones de euros?

**→ SANIFAX: Sr. Oschmann, en primer lugar, creo que todos debemos estarle agradecidos porque España es un mercado farmacéutico importante y aquí acuden muchos altos directivos de laboratorios, pero pocas veces ninguno de ellos ha hecho lo que usted está haciendo hoy: dedicar una hora a los medios de comunicación, con total transparencia. Yo creo que eso, los periodistas debemos agradecerse. Y desde Sanifax se lo agradecemos.**



## **S. OSCHMANN: “ESPAÑA FIGURA ENTRE LOS PAÍSES QUE MENOS PROTEGEN LAS PATENTES DE LA UE”**

**\* “SEGÚN UN ESTUDIO DE LA COMISIÓN, ESPAÑA ESTÁ EN EL CUARTO DE 4 GRUPOS SOBRE PROTECCIÓN DE PATENTES”**

**\* “HEMOS VISTO CASOS DE PRODUCTOS INNOVADORES EN ESTE PAÍS QUE HAN RETRASADO SU LANZAMIENTO”**

**Deseo hacerle dos preguntas: Imagino que conoce la cuestión que ocurre en España con la aplicación de los acuerdos ADPIC, que al no respetarse provoca que los genéricos entren en nuestro país varios años antes que en los demás y, de rebote, en el resto de la UE...**

**Por otro lado, usted ya sabrá la política tan restrictiva de precios de referencia, genéricos, etc... que aplica nuestro Ministerio de Sanidad. ¿Cree usted que esta política junto con la cuestión de patentes puede alejar el proceso innovador de nuestro país?**

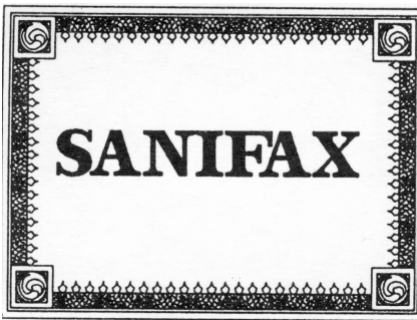
→ Después del elogio, quizás esperaba preguntas más duras (risas). Si me permite que le intente situar en un contexto más amplio, yo diría... ¿qué es lo importante para la competitividad de un país? España es un mercado muy importante para nosotros. Por definición, España es un país muy importante, muy grande de la Unión Europea. El sistema médico, el sistema sanitario español está muy abierto a la innovación. Por lo cual, los pacientes y los médicos españoles valoran muchísimo los productos innovadores, y eso es algo que habla a favor de la presencia de grandes empresas internacionales aquí en España. Otros factores que tendría en cuenta cualquier empresa a la hora de invertir, mantener o ampliar su presencia es el acceso a nuevos fármacos. La verdad es que hay sistemas muy diferentes en Europa, y en el mundo, en general.

En lo que respecta el acceso a nuevos fármacos, España no tiene el peor sistema, pero tampoco tiene el mejor sistema la verdad. Así que realmente nos encantaría poder trabajar con las autoridades sanitarias españolas para mejorar el acceso a nuevos productos. Hablé antes, en nuestra estrategia, de nuestros valores. Nosotros consideramos que nuestro deber es diseñar o desarrollar productos que aporten valor. Pensamos que el deber de un gobierno es equilibrar la calidad cien por cien.

**La relación coste-beneficio. Nosotros siempre estamos dispuestos a poner nuestro grano de arena para aportar lo que tenemos que aportar. Pero para eso hay que tener un acceso no burocrático. Para el caso de España, esto lo podríamos lograr mejor en otras circunstancias. Hemos visto lanzamientos de nuevos productos que se retrasan, en algunos casos, aquí en España.**

En cuanto a la otra pregunta, y en cierto modo este es el factor más importante, necesitamos un reconocimiento público de lo que es la propiedad intelectual. Porque esa protección es un factor clave para la competitividad de las empresas. Se ha avanzado mucho en este sentido, la verdad. Es algo que debo reconocer. Pero, si entiendo a lo que se refiere usted con su pregunta, creo que estaremos de acuerdo usted y yo en que España podría avanzar más. Podría hacer más todavía. Hace poco, me han informado desde la Comisión de la Unión Europea que se ha hecho público un informe sobre la protección de la propiedad intelectual de los distintos estados miembros, y han definido cuatro clases. Y si no me equivoco, si me han informado correctamente, a tenor de lo que dice este informe de la Comisión Europea, España está en el cuarto grupo. O sea, en el que menos protección ofrece.

Y evidentemente, nosotros queremos colaborar con el gobierno español. Tenemos gente excelente en nuestra filial española que colabora con el Gobierno para poder avanzar en esta materia. Hemos visto que el gobierno español ha declarado la innovación como un factor importantísimo para un futuro éxito de la economía española. Y pensamos que deberíamos colaborar juntos en esta materia.



## **S. OSCHMANN: “NO ENTRAREMOS EN FUSIONES. MSD CRECERÁ DE UNA FORMA ÁGIL Y FLEXIBLE”**

**\* “SE PUEDE HACER I+D DE UN FÁRMACO REDUCIENDO EL CICLO. “JANUBIA” HA SIDO UN BUEN EJEMPLO DE ELLO”**

**\* “PARA MSD, ESPAÑA ES UN EJEMPLO DE EXCELENCIA””**

→ **¿Puede explicar concretamente qué significa la reducción del tiempo de los ensayos clínicos y la nueva política de relaciones estratégicas sobre la que ha hablado?**

→ Una empresa debe saber aliarse y tener clara su estrategia en este sentido. La pregunta es ¿cómo hacerlo? Se puede crecer a base de compras o hacerlo desde un modelo diferente, más ágil y flexible. En los últimos años ha habido muchas mega-fusiones en el sector farmacéutico y muchas personas en el sector creen que no han aportado nada de valor en el sentido que comentamos. Nosotros no descartamos nada si surge una buena oportunidad. Pero tenemos muy claro en qué quiere crecer la compañía y cuál es el modo de aportar valor a nuestros clientes (en el amplio sentido de esa palabra) y accionistas. Quizás si vemos una oportunidad en una compañía de tamaño medio que trabaje en un sector que nos sea de interés, o en una biotecnológica, tratemos de buscar una fusión. Pero en principio el modelo que queremos es otro... Hay formas mejores de crecer que a través de una fusión. Lo que también aseguro es que jamás nos quedaremos aislados. Disfrutamos mucho con nuestra independencia y con nuestro modelo, pero no nos vamos a quedar aislados.

En cuanto a su otra pregunta, lo que queremos es reducir el tiempo del ciclo de la I+D que realizamos. Pero eso no significa reducir los datos. Si por ejemplo, tomamos los datos de los ensayos en “Janubia” y lo que revistas científicas de máximo prestigio han dicho, comprobará que la investigación del fármaco ha sido exhaustiva. De lo más exhaustiva que nunca se ha hecho en la industria farmacéutica. Reducir el ciclo de la I+D es posible manteniendo la calidad. Y “Janubia” es un ejemplo de ello...

→ **¿Cuáles son los datos de I+D de MSD en España?**

→ En España mantenemos una gran presencia, mayor que en otros países de la propia UE. Hacemos investigación básica, producción, fabricación y otras actividades, aunque quien se lo puede explicar mejor que yo es Antonio Pérez Mosquera.

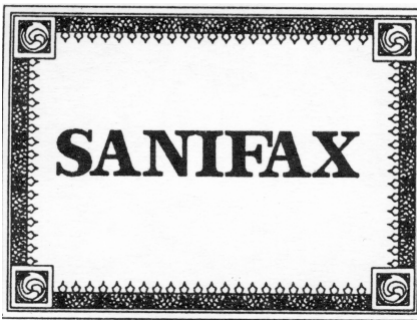
→ **Antonio Pérez Mosquera:** “Desde hace 50 años, contamos con un centro de investigación en el que invertimos 28 millones de euros al año. Con 80 personas. Y en el que me permito decir que ha habido una producción brillante. Pues varias moléculas que luego han sido comercializadas a nivel mundial han surgido de lo investigado en él...”.

→ **¿Reducir el ciclo de investigación significa invertir menos?**

→ **Stefan Oschmann:** “Hasta ahora el uso de las tecnologías al investigar ha sido moderado. Nosotros investigamos aprovechando al máximo la tecnología. Reducir el ciclo de investigación no significa reducir la calidad. Y tampoco dedicar menos recursos. Lo que hacemos es dedicar los recursos realmente a investigar y aprovechar mejor el tiempo.”

→ **¿Qué papel le concede a España dentro de MSD en Europa?**

→ España es uno de los 6 grandes países en los que MSD tiene interés junto con Canadá, Alemania o Italia. Por tanto, para nosotros es un mercado estratégico. EN MSD España se está trabajando con métodos innovadores que seguimos de cerca. Y desde España ha habido directivos que han llegado a altos cargos europeos de MSD, como el Director Europeo de Marketing o el vicepresidente de marketing para toda Europa. Para MSD Europa, España es ejemplo de excelencia.



## **S. OSCHMANN: “ESTUDIAMOS UN NUEVO MODELO DE DISTRIBUCIÓN, PERO NO HAY NADA DECIDIDO”**

**\* “CONFIAMOS EN QUE EL GOBIERNO ESPAÑOL ACEPTE LA VACUNA DE CÁNCER DE CERVIX COMO EN OTROS PAÍSES”**

**\* PÉREZ MOSQUERA: “LA POLÍTICA DE “PRECIO ÚNICO” NO PERJUDICA NI A LAS FARMACIAS NI A LA DISTRIBUCIÓN”**

→ **Dos cuestiones: ¿la retirada de Vioxx es definitiva?; ¿el modelo de distribución de fármacos por venta directa se va a seguir aplicando?**

→ Sobre Vioxx se han dicho muchas cosas en este tiempo. Nosotros hemos querido ser transparentes y damos toda la información. Si usted accede a la sala de prensa de la página web de MSD, comprobará que sobre este asunto hay muchísimos datos. Creemos que hicimos lo correcto en todos los pasos de investigación del medicamento. Y hemos actuado cuando ha habido nuevas evidencias sobre él. Pero no puedo ser mucho más explícito porque como sabe hay cuestiones judiciales abiertas al respecto. Creemos que en los casos denunciados, hay que ir uno por uno. Nos defendemos analizándolos de forma independiente y dando nuestras razones...

En cuanto a los modelos de distribución, como usted sabe es una cuestión de toda la UE, pues por ejemplo el Reino Unido acaba de adoptar un sistema diferente. Tenemos un “pool” de expertos de nuestra delegación europea sopesando nuevos modelos de distribución para ser tan eficientes como ya lo somos en otras áreas, pero aún estamos evaluando las ventajas e inconvenientes de cada opción. Hoy por hoy no hay ninguna decisión tomada en el ámbito europeo. Y por supuesto, tampoco en España...

→ **España es el único país de Europa que no tiene intención anunciada de aprobar la vacuna para el cáncer de cuello de útero, aunque la Comunidad de Madrid ha dicho que sí la financiará. Si usted pudiera darle al Ministerio razones para aprobarla ¿Cuáles serían?**

→ Como sabrán, “Gardasil” es un producto de Sanofi Pasteur, que es una “joint venture” que mantenemos con Sanofi Aventis. Deseo que eso quede muy claro... “Gardasil” ha sido aceptado por la mayor parte de Gobiernos del mundo y en la gran mayoría de países ha sido acogido con gran entusiasmo. Tenemos esperanzas de que el Gobierno español también lo acepte y lo valore. **En cuanto a la relación coste-beneficio, les daba un dato antes que habla por sí solo: dos mujeres mueren cada día en España como consecuencia de ese cáncer. Un dato muy significativo... Deseamos que el medicamento entre en reembolso porque además creemos que nos interesa a todos. Y muy especialmente, a las mujeres españolas...**

→ **Antonio Pérez Mosquera:** “Si desean información exhaustiva, deben preguntar mejor a los responsables de Sanofi Pasteur, pero por lo que yo sé, el proceso de aprobación de “Gardasil” está en tiempo y forma adecuados. Sin retrasos...”

→ **Para Antonio Pérez Mosquera: ¿mantendrán la política de “precio único” en la venta de sus fármacos?; ¿cuál ha sido la reacción de la distribución?**

→ La política de precio único es una estrategia que MSD ha adoptado para tener más recursos cara a poder hacer más I+D y para que los pacientes tengan un mejor acceso a nuestros fármacos. Muchos mayoristas ya lo han aceptado y con aquellos que aún no lo han hecho estamos en conversaciones. **Creemos que es una estrategia que no perjudica ni a la distribución ni a la farmacia. Con los que discrepan de ello, seguiremos hablando. Y estamos seguros de que antes o después llegaremos a acuerdos...**

→ **Stefan Oschmann:** “Entendemos la necesidad de los Gobiernos de controlar su gasto sanitario. Pero creemos que esta decisión no cambia nada especialmente. Es un buen sistema y esperamos que los mayoristas también entiendan que da buenas condiciones”.

## En el marco del Plan Profarma de impulso a la I+D farmacéutica

### **MERCK SHARP & DOHME OBTIENE LA CALIFICACIÓN EXCELENTE EN I + D DEL MINISTERIO DE INDUSTRIA**

- **Una inversión de 28 millones euros en I+D+i, su centro de Investigación Básica, su planta de producción en Alcalá de Henares y proyectos de colaboración en I+D con entidades públicas y privadas de toda España, hacen de MSD una de las empresas de origen extranjero que más contribuyen a la innovación en nuestro país.**
- **Con esta calificación, MSD reafirma su compromiso con España en los ámbitos científico, económico y social.**

Merck Sharp & Dohme (MSD) ha sido calificada como empresa excelente por el Ministerio de Industria en el marco del Plan Profarma, cuyo objetivo es el impulso de la I+D farmacéutica. Dentro de este marco, que distingue entre empresas aceptables, buenas, muy buenas y excelentes en I+D, es la decimotercera ocasión en la que Merck Sharp & Dohme recibe la calificación de excelente, como reconocimiento a su esfuerzo en el campo de la investigación y el desarrollo, tanto por las inversiones realizadas, como por los recursos que dedica a la actividad investigadora.

MSD España invirtió en 2005 cerca de 28 millones de euros en I+D+i, de los cuales 12,9 se dedicaron a Investigación Básica y 15,1 a Investigación Clínica, pre-clínica y aplicada. La compañía cuenta en España con 48 personas dedicadas a Investigación Básica, 38 dedicadas a Investigación Clínica y 2 más a Investigación de resultados en Salud. En 2006, MSD tenía en marcha 31 protocolos de investigación clínica en 17 productos diferentes, desarrollados en 174 centros de toda España y con un total de 2866 pacientes reclutados en estos estudios.

### **CIBE: Investigación Básica de MSD en España**

Uno de los principales exponentes de la I+D de MSD en España es su Centro de Investigación Básica –CIBE- uno de los pocos centros de este tipo de España y de MSD a nivel mundial. Desde hace 50 años CIBE dedica su actividad al screening de nuevos compuestos con actividad terapéutica a partir de productos naturales. Actualmente sus principales objetivos son el descubrimiento de nuevos agentes antibacterianos y antifúngicos y, lo que es más novedoso, la evaluación de candidatos a fármacos en ensayos *in vitro* capaces de predecir posibles efectos adversos e interacciones entre fármacos.

Recientemente el centro ha renovado sus instalaciones con una expansión en más del 30% de su espacio, que ha supuesto una inversión de 2,5 millones de euros y de más de 2 millones en equipamiento.

Durante el periodo 2003-2005, CIBE desarrolló colaboraciones con diferentes centros de investigación de nuestro país: Centro Nacional de Biotecnología (Madrid, CSIC), Centro de Ciencias Medioambientales (Madrid, CSIC), Instituto de Recursos Naturales y Agrobiología (Salamanca, CSIC), Universitat Rovira i Virgili (Unitat de Microbiologia), Universidad de Alcalá de Henares (Dpt. de Biología Vegetal), Universidad Complutense de Madrid (Facultad de Veterinaria) y Advancell (Parc Tecnologic de Barcelona)

CIBE cuenta con 5 patentes de compuestos en proceso desde 2002 y ha publicado un total de 106 patentes desde 1971 hasta 2002.

### **Colaboraciones con centros públicos de Investigación**

MSD también tiene entre sus objetivos la creación de consorcios y colaboraciones público-privadas para el desarrollo de I+D conjunta. Sólo durante el año 2005, MSD invirtió más de 1,5 millones de euros en colaboraciones con 7 centros públicos de investigación de nuestro país.

En muchos casos, estas colaboraciones se iniciaron a finales de los años 90 extendiéndose por periodos de hasta 10 años, y contabilizando una inversión total, a lo largo de los diferentes periodos de colaboración, de más de 9 millones de euros.

Así, en el periodo 2002-2007 está destinando 3.450.000€ a proyectos de investigación con el Instituto de Ciencias Cardiovasculares de Cataluña, iniciativa que, liderada por MSD, surgió en 1998.

Como Patrono de FIPSE (Fundación para la investigación y la prevención del SIDA en España) y miembro de su comité Ejecutivo, MSD ha destinado una inversión de 600.000€ a esta Fundación entre 2005 y 2006 y un total de casi 3,6 millones de euros, desde el inicio de la colaboración en 1998.

La compañía también destina 90.000€ anualmente (desde 2001) a la Cátedra Extraordinaria de Genómica y Proteómica, dirigida por César Nombela, una iniciativa de MSD y la Universidad Complutense de Madrid.

También cuenta con acuerdos de colaboración con otras entidades como el Dpto. de Oncología del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona; el Dpto. de Epidemiología y Registro del Cáncer (Instituto Catalá d'Oncología); y la Universidad de Alicante.

### **Becas y premios a la investigación**

El apoyo de MSD a la investigación se pone de manifiesto también en la concesión de becas y premios en campos diversos del conocimiento, desde la genómica y proteómica hasta la Política Farmacéutica pasando por la ética en las organizaciones.

MSD ha concedido la Beca de la Fundación Merck en Política Farmacéutica, dotada con 600.000€ para el periodo 2006-2008 al Consorcio formado por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y la Universidad Carlos III de Madrid. Esta beca internacional está diseñada para ayudar a las instituciones académicas a desarrollar investigaciones independientes en las áreas de Política Farmacéutica y Sanitaria. Su objetivo es mejorar la investigación en éste área y crear una base científica sólida en estos ámbitos.

Cada dos años, la compañía convoca y concede los premios MSD-Forética a la investigación en el campo de la ética empresarial y en las organizaciones, del que este año tendrá lugar la tercera convocatoria.

Además, concede anualmente el premio de investigación en Genómica y Proteómica de la Academia Iberoamericana de Farmacia.

### **Más de 200 millones de euros de inversión en Fabricación**

Desde 2001, MSD ha realizado en España una inversión de 210 millones de euros en el plan estratégico de desarrollo de su planta de producción, Frosst Ibérica en Alcalá de Henares (Madrid). Con una extensión de 83,000 m<sup>2</sup> y 255 empleados, fabrica 30 productos diferentes de la compañía y sirve a 45 países de todo el mundo.

En los últimos cinco años, la inversión total de MSD en Frosst Ibérica alcanza los 140 millones de euros en tecnologías de fabricación, empaquetado, distribución y un nuevo Laboratorio de Control de Calidad, con de 2.500 metros cuadrados y numerosos desarrollos tecnológicos

### **MSD: Compromiso continuado de excelencia en I+D en España**

La permanente apuesta de MSD por el I+D en su actividad y a través de sus colaboraciones con centros públicos y privados, demuestran el interés y el compromiso de la Compañía en España en el ámbito científico, académico, económico y social, especialmente relevante en un entorno como el actual de fuerte reestructuración industrial a nivel global.

En este sentido, MSD España sigue potenciando su planta de producción, revalidando su papel estratégico dentro de MSD a nivel mundial, así como su centro de investigación básica, incorporando nuevas funciones, algunas de ellas exclusivas a nivel mundial, en los procesos de investigación preclínica. Esto, unido a la investigación clínica que desarrolla en España con la práctica totalidad de los nuevos productos de la Compañía y a sus colaboraciones público-privadas que permiten a MSD España aspirar a seguir siendo un socio corporativo excelente.

## PLAN TO WIN, NUEVA ESTRATEGIA DE MERCK SHARP & DOHME

Con el nombre *Plan to Win*, Merck Sharp & Dohme pone en marcha una nueva estrategia que conlleva cambios en todos los aspectos de negocio, salvo en uno muy importante para la compañía: el compromiso de Merck con los pacientes. Esto significa que la compañía seguirá actuando según los niveles de ética y valores más elevados, sin olvidar nunca la perspectiva de su fundador, George W. Merck, de que la medicina es para las personas.

En primer lugar, la compañía centrará sus esfuerzos de investigación y desarrollo en **nueve campos terapéuticos**: enfermedad de Alzheimer, arterioesclerosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes, nuevas vacunas, obesidad, cáncer, dolor y trastornos del sueño. Merck Sharp & Dohme ha detectado que en estas áreas existen carencias terapéuticas importantes. Uno de los ejes de su nueva estrategia es aportar soluciones con el descubrimiento y desarrollo de tratamientos efectivos y seguros.

Además, Merck Sharp & Dohme está **redefiniendo su proceso de investigación** para desarrollar productos nuevos y de alto valor de forma más eficiente. MSD ha detectado la necesidad de agilizar su forma de trabajar en una serie de áreas clave: responder a las necesidades del mercado, establecer alianzas con líderes científicos y de opinión; aumentar la capacidad de aprovisionamiento externo y ser capaces de diferenciar sus productos en el mercado.

El tercer paso en esta estrategia es la creación de un **nuevo modelo comercial**, basado en ofrecer a pacientes, médicos y al resto de agentes implicados la información adecuada en el momento preciso y del modo correcto. La compañía está trabajando para aumentar la productividad de su actividad de marketing y ventas para la promoción de sus productos a la vez que invierte de forma decidida en los nuevos lanzamientos. MSD seguirá demostrando los beneficios únicos de sus fármacos y vacunas, que históricamente la han diferenciado de su competencia.

Construir una posición de liderazgo al largo plazo en los mercados emergentes de todo el mundo es otro de los componentes del *Plan to Win*. Para MSD es fundamental adquirir en el medio plazo una posición de liderazgo en ellos. Por ello, la compañía ya está presente en mercados clave como China, India, y algunos países de Europa del Este y Rusia, y sigue trabajando para extender su presencia en estos y otros mercados con potencial de crecimiento.

Por último, con esta nueva estrategia, MSD creará una estructura de costes sencilla y flexible. Merck & Co. anunció en su momento el cierre o venta de cinco fábricas, dos centros de investigación preclínica y uno de investigación básica como algunos de los pasos para reducir sus costes.

## INNOVACIÓN EN MERCK SHARP & DOHME

Como compañía farmacéutica global basada en la investigación, Merck Sharp & Dohme se dedica a descubrir y desarrollar productos que solucionen problemas de salud. Crear un entorno que fomente la innovación es básico para que los medicamentos lleguen a comercializarse. Sólo en este entorno las empresas asumirán los riesgos financieros necesarios para la investigación de productos innovadores y, si tienen éxito, obtendrán el retorno adecuado a su inversión.

No todos los entornos conducen a la innovación. Hay factores específicos que la promueven. Los gobiernos nacionales pueden proporcionar las bases adecuadas y adoptar políticas fiscales favorables, estructuras jurídicas y normativas sólidas, proteger la propiedad intelectual y asumir un compromiso con los principios de libre mercado hasta conseguir el entorno idóneo. Para Merck Sharp & Dohme existen cinco condiciones que apoyan la innovación:

- **Protección de la Propiedad Intelectual:** una protección de patentes sólida es fundamental para la innovación. Al garantizar a la empresa un período de retorno de la inversión, la protección de patentes ofrece un incentivo a las inversiones de los sectores biotecnológico y farmacéutico basados en la investigación.
- **Mercado Basado en la Competencia:** un mercado competitivo ofrece a las empresas que quieran asumir el riesgo la oportunidad de desarrollar un nuevo fármaco para obtener unos beneficios acordes a su inversión y, lo más importante, para financiar la investigación de nuevos fármacos aún por descubrir. La competencia es un impulsor clave para investigar y desarrollar nuevos productos.
- **Apoyo Estatal a Investigación Biomédica Básica:** el Estado debe desempeñar un papel esencial en el avance del conocimiento científico y médico. A menudo, la investigación básica es teórica o exploratoria, pero ayuda a tener una comprensión general sobre la enfermedad. Sin la investigación básica sería imposible realizar los estudios posteriores que conforman el proceso investigador hasta alcanzar un nuevo fármaco.
- **Sistema de Registro de Medicamentos Basado en la Evidencia:** un sistema de registro de medicamentos que sea eficaz, eficiente, transparente y en el que el paciente sea lo primero, fomenta la innovación ya que aporta confianza en una revisión meditada y científica de las solicitudes de registro de nuevos medicamentos, tan necesaria para que las empresas inviertan en investigación. Este tipo de entorno apoya la innovación ya que recompensa a aquellas empresas que desarrollan productos seguros y eficaces con la aprobación de su comercialización.
- **Entorno Empresarial Global:** los principios de libre mercado, las prácticas empresariales éticas, las políticas fiscales, el libre comercio y otros factores que constituyen un entorno empresarial pueden afectar a la innovación. Las políticas que aumentan las oportunidades de las empresas que innovan recompensándolas por sus inversiones en investigación y desarrollo son fundamentales para la innovación médica en todo el mundo.

Merck Sharp & Dohme considera que las políticas que fomenten y recompensen la innovación son cruciales para impulsar el descubrimiento de nuevos medicamentos que mejoren la salud.

## MERCK SHARP & DOHME EN CIFRAS

- **Merck & Co**

**Ventas 2006**(en millones de \$): 22.636

**Inversión en I+D** (en millones de \$): 4.8

**Número de empleados:** 61.500

- **MSD España. Ventas y cuota de mercado**

**Ventas 2006 IMS** (en miles de euros): 379,387 + 6.6% vs. 2005

**Market Share 2006:** 4.25%

**Posición en ranking IMS**

En cuota de mercado: 6º

En crecimiento: 6º

- **Total Empleados: 1.319**

Fabricación: 296

Investigación: 88

Dirección Admón. y Ventas: 935

Hombres: 49,7%; Mujeres: 50,3%

Titulados Superiores: 930 (71%)

Otras titulaciones/no titulados: 389 (29%)

- **Inversión en I+D+i (año 2005; en millones de euros))**

Investigación Básica: 8,3

Investigación Aplicada: 15,1

**Total Inversión I+D:** 23,4

Innovación tecnológica: 3,9

**Total inversión I+D+i:** 27,3

- **Inversión en I+D+i (año 2006; en millones de euros))**

**Total:** 31,79

- **Fabricación**

**Nº de productos fabricados:** 30

**Nº de mercados de exportación:** 45 mercados en 25 idiomas. Los principales mercados a los que se exporta son: Italia, Hungría, Francia, Alemania, Reino Unido, Portugal y EEUU)

## COMPARECENCIA DEL SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD PARA EXPLICAR LOS RESULTADOS DEL BARÓMETRO SANITARIO

### COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

25 DE ABRIL DE 2007

Señora Presidenta, Sras. y Sres. Diputados

Señorías, el Gobierno ha solicitado esta comparencia para presentar los principales resultados del Barómetro Sanitario de 2006. Se trata de un estudio de opinión que ya es tradicional desde que, en 1993, fue puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas.

Como saben, su interés fundamental reside en que nos permite enfocar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva de los ciudadanos. Entendemos que ello contribuye a que los ciudadanos se sitúen en el centro de la reflexión y, en consecuencia, de las prioridades de las administraciones sanitarias a la hora de diseñar las políticas de salud.

Con el Barómetro Sanitario, el Ministerio de Sanidad y Consumo pretende alcanzar cuatro grandes objetivos:

- Conocer la **percepción** que los ciudadanos tienen acerca del funcionamiento de los Servicios Sanitarios Públicos
- Conocer la **penetración real de las estrategias informativas** de las autoridades de salud
- Conocer la **opinión** de los ciudadanos sobre determinadas **medidas** de política sanitaria
- Obtener información sobre el grado de **conocimiento o sobre las actitudes** de los ciudadanos hacia problemas de salud o actuaciones específicas de sistema.

Como saben el Barómetro es una encuesta que se dirige a población general, mayor de 18 años, mediante un cuestionario que se cumplimenta de manera personalizada en el domicilio del encuestado, elegido aleatoriamente. De este modo permite conocer la opinión de todos los ciudadanos sobre los servicios sanitarios públicos, independientemente de que éstos los hayan utilizado o no.

El Barómetro contiene una **parte fija** sobre el funcionamiento del sistema, que se repite año tras año, y una **parte variable** cuyo objetivo es explorar situaciones más coyunturales.

### **Valoración global**

Dentro de la parte fija, que es la que permite analizar tendencias, el Barómetro Sanitario 2006 arroja una **valoración global positiva del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud**: el **69,7 %** de los encuestados piensa que funciona bien o que solamente necesita algunos cambios.

Si analizamos los últimos cinco años, esta valoración muestra una tendencia, lenta pero constante, de mejora de la opinión. Respecto al año 2005 este porcentaje se incrementa en 2 puntos (67,7%).

Un 25% de los encuestados opinan que necesita cambios importantes, un porcentaje apreciable pero que ha disminuido en 2,1 puntos desde el año 2004. Del mismo modo, en el último año ha disminuido en 0,7 puntos el porcentaje de quienes opinan que sería necesario rehacerlo totalmente, situándose en este último barómetro en un 4,4%.

Las mujeres se muestran algo más críticas que los hombres: el 71,3% de los hombres piensa que funciona bien o necesita algunos cambios frente al 68,2 % de las mujeres que tiene esta misma opinión. Del mismo modo, el 26% de las mujeres piensa que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales, 2 puntos por encima de los varones (23,9%).

### Satisfacción general con el sistema sanitario

La satisfacción general con el sistema sanitario, valorada en una escala de 1 a 10, se sitúa en **6,2** puntos, mostrando también una ligera tendencia de mejora respecto a años anteriores (5,9 en 2002, 6,0 en 2003 y 6,1 en 2004 y 2005). Entre las mujeres y los hombres no existen diferencias en esta valoración.

### Elección de servicio público o privado

Los entrevistados manifiestan que, en el caso de poder elegir libremente, cuando tuvieran que utilizar un servicio sanitario se inclinarían, en mayor proporción, por un servicio público. Cerca del 60% prefieren la atención primaria o el hospital público frente a los privados, que serían la opción mejor para alrededor del 33%. En el caso de las consultas con los especialistas, los entrevistados se decantan casi a partes iguales entre público y privado (46,2 y 45,6 respectivamente).

En el caso de las urgencias la opción preferida es el sector público (62,1%). La evolución de esta pregunta en la serie temporal, si bien es todavía corta (tres años), mantiene la preferencia mayoritaria hacia el sector público, si bien muestra una tendencia a favor de aumentar progresivamente la elección de la provisión privada de servicios.

Las principales causas que parecen influir en la elección del servicio son bien distintas: el sector público se prefiere, a juicio de las personas entrevistadas, porque la tecnología y medios disponibles y la capacitación de médicos y enfermeras son mejores que en el privado. La elección de un centro privado aparece más relacionada con factores de rapidez, confort y trato personal.

De este modo, el 62% elegiría la sanidad pública porque opina que la tecnología es mejor, frente al 23,6% que elegiría por este motivo la sanidad privada. El 50% piensa que la capacitación de los profesionales le haría elegir la sanidad pública. Cerca del 30 % manifiesta que elegiría cualquiera de los dos sectores si su decisión se basase en la capacitación de los médicos y enfermeras. El 20% elegiría la provisión privada por este motivo.

La rapidez con que les atienden (70,2%) y el confort de las instalaciones (63,6%) constituyen el mayor atractivo para quienes elegirían el sector privado, seguido del trato personal (47,9%).

### Evolución de atención primaria, atención especializada ambulatoria y hospitalización

El **48,3%** de los encuestados opina que la **atención primaria ha mejorado respecto a los últimos cinco años**, el 39,7% piensa que sigue igual y el 5,2 % opina que ha empeorado.

Respecto a las **consultas de atención especializada** el 40,6 % piensa que ha mejorado, **el 41,4% que siguen igual** y el 6,5 que han empeorado. En relación con la atención **hospitalaria** el **43,2% piensa que ha mejorado**, el 39,1 que sigue igual y el 5,3 que ha empeorado.

La tendencia observada en las últimas cinco ediciones del barómetro es un ligero desplazamiento de la respuesta, en torno a 3 puntos, desde la percepción de mejora en todos los servicios a la opinión de que sigue todo igual.

### Utilización de servicios sanitarios

Los datos de utilización de servicios en atención primaria, especializada, hospitalización y urgencias, se mantienen, con ligeras fluctuaciones, en la tónica de los últimos años.

El Barómetro 2006 nos dice que el **71,2%** de los encuestados ha acudido a su médico de **Atención Primaria** en los últimos 12 meses. La **media de veces** que declaran haber acudido a *consulta médica* (no a trámites o acompañando a otra persona) en la sanidad pública es de **4,4** al año.

El porcentaje de mujeres que declaran haber acudido a la consulta de Atención Primaria (76,3%) es 10 puntos superior al de los hombres (66%). Las mujeres manifiestan haber acudido 4,9 veces y los hombres 3,9 veces al año.

Del mismo modo, el **44,1%** de los encuestados manifiesta haber acudido a una **consulta con el médico especialista**, con una media de **2 veces/año** en lo que se refiere a la sanidad pública. La mitad de las mujeres habían acudido al especialista en el último año, mientras que los hombres habían acudido en un 38,1%. Las mujeres manifiestan haber acudido 2,1 veces/año frente a las 1,9 veces que declaran los hombres.

Un **9,5%** de los encuestados ingresó en un **hospital público** en los 12 meses anteriores. Un 10,5% de las mujeres afirman haber estado ingresadas frente al 8,5% de los hombres. Las veces que cada persona manifestó haber estado ingresado se sitúa en 1,1 al año, sin diferencias por sexos. El **29,1%** de los entrevistados había utilizado un servicio de **urgencia**, el 30,9% de las mujeres y el 27,3% de los hombres. La frecuentación declarada se sitúa en **1,8 veces** en el último año, igualmente sin diferencias apreciables entre sexos.

## Valoración de la Atención Sanitaria

La mayoría de las dimensiones estudiadas sobre el sistema sanitario muestran una valoración por encima de 6 puntos sobre 10, con algunas excepciones que veremos a continuación. La tendencia en los últimos cinco años señala un ligero incremento en la puntuación en todas ellas.

### Atención Primaria

El 84% de los usuarios de este servicio considera que ha recibido una atención buena o muy buena y quienes piensan que han recibido una atención mala o muy mala, no llegan al 3% de los entrevistados.

Los aspectos mejor valorados, en la escala 1-10, son

- la cercanía de los centros (7,7),
- la confianza y seguridad que trasmite el médico de atención primaria (7,4)
- el trato recibido por el personal sanitario (7,4)

El tiempo dedicado por los médicos merece una puntuación de 6,5 sobre 10, puntuación similar a la alcanzada por el proceso de citación para ser atendidos. El aspecto que merece una valoración menos positiva es el tiempo que transcurre en la sala de espera hasta entrar en consulta (5,6).

### Atención Especializada Ambulatoria

El **81,6%** de quienes utilizaron las consultas de especializada declara que recibieron una **atención buena o muy buena**,

Los aspectos **mejor valorados** dentro de este servicio son:

- **Número de especialidades** a las que se tiene acceso (7,3),
- **Equipamiento y medios** tecnológicos disponibles (7,2)
- **Trato recibido** del personal sanitario (7,1).

Los **aspectos peor valorados** son:

- El tiempo de **demora** desde que se pide cita hasta que se efectúa la consulta (4,7)
- El tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas (4,7)
- La facilidad para **obtener cita** y el tiempo que transcurre en la **sala de espera** hasta que se accede a la consulta (ambas 5,3).

Respecto al aspecto peor valorado - la demora para acceder a las consultas - el 36,2 % manifiesta que tuvo que esperar menos de un mes desde que pidió la cita hasta que se realizó la consulta. Este porcentaje es superior al del año 2005 (33,6%), lo que podría ser un síntoma de mejora de las esperas para consulta, si bien un 23 % dice que tuvo que esperar más de 3 meses, porcentaje similar al de 2005.

## Listas de Espera

Precisamente **la mayoría (51,2 %)** considera, al igual que en 2005, que la situación de las **listas de espera no ha cambiado**, tanto para consultas como para hospitalización. Sin embargo aumenta en casi 3 puntos la proporción de los que creen que las **autoridades sanitarias** están llevando a cabo **acciones de mejora** en este ámbito (48,5 frente a 45,7 en 2005).

## Hospitalización

La gran mayoría de los encuestados que utilizaron este servicio (**83´5%**) afirma que recibió una **atención buena o muy buena**, porcentaje que ha fluctuado en la serie disponible – 4 años- entre el 81 y el 88 %.

Casi tres cuartas partes (76,4) fueron **informados del tiempo** que tardaría en producirse el ingreso para una intervención quirúrgica (72,6 en 2005). El 73,4% afirma que tuvo asignado un médico de referencia durante el tiempo que estuvo ingresado.

Entre los aspectos valorados los mejor puntuados son:

- El **equipamiento y medios tecnológicos** existentes en los hospitales (7,7)
- Los **cuidados y atención de personal médico y de enfermería** (7,2 y 7,3)
- La **información recibida** sobre su problema de salud (7,1)

Los peor valorados son:

- el **tiempo de demora** para el ingreso no urgente (4,5)
- el número de personas con las que se ha de **compartir habitación** (5,4)

## Urgencias

Del 29,1 % de los entrevistados que afirman haber acudido a urgencias, la tercera parte resolvió su problema acudiendo únicamente a un servicio de urgencias de atención primaria. Sin embargo, la opción por la puerta de urgencias de un hospital público sigue siendo mayoritaria (53,4%). En las tres cuartas partes de las ocasiones, la utilización de la urgencia hospitalaria como primer recurso es por decisión directa del ciudadano.

Las principales razones para ello señalan la no coincidencia con el horario del médico de familia cuando se produjo la urgencia (39,4%) seguido de la existencia de mejores medios en los hospitales (37,9%).

La mayoría (65,9%) afirma que en la última urgencia, tanto en Atención Primaria como en el hospital, fue atendido con mucha o bastante rapidez y el 76,9% que fueron muy bien o bastante bien atendidos. Esta opinión se mantiene estable en la serie temporal disponible.

## Información institucional

Este **es el aspecto peor valorado** entre los ciudadanos, si bien se alcanza la puntuación de 5 sobre 10 en tres de los cinco ámbitos valorados, uno más que en 2005.

Así, en 2006 la información que da la Administración sobre los servicios que presta, recupera el aprobado tras cuatro años en los que se ha situado por debajo de 5 puntos. La información emitida a través de **campañas** sobre los principales problemas de salud es la **mejor valorada** y obtiene **5,6 puntos** (5,5 en 2005).

La información disponible sobre los **trámites** para acceder a los servicios sanitarios obtiene **5,0** puntos al igual que en 2005.

La correspondiente a **medidas y leyes adoptadas** por las autoridades sanitarias (4,5) y la relativa a **derechos y vías de reclamación** de los usuarios (4,3), **no llegan a alcanzar los 5 puntos**, aunque se aprecia una ligera tendencia a la mejora (en 2002 se situaban en 3,9 puntos).

## Equidad en el Sistema Nacional de Salud

Al tratar de conocer la percepción de los ciudadanos sobre si la sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de una serie de factores, la condición de ser **hombre o mujer** no es valorada como objeto de discriminación por casi el 88% de los encuestados. Opina lo contrario el 7,4% de los mismos.

La situación de **residencia legal** o no en nuestro país ofrece una visión diferente. Casi una cuarta parte de los encuestados no tiene una opinión formada al respecto, el 55% opina que no hay trato desigual y el 20,6% piensa lo contrario. El hecho de que una persona sea **española o extranjera** no es motivo de discriminación para un 66% de los entrevistados. Ser una persona **anciana o joven**, o con un **nivel social económico alto o bajo** tampoco se identifican como elementos de trato desigual para el 71 y el 68% de las personas entrevistadas.

Respecto a la influencia de la **comunidad autónoma** donde se reside, el 46,6% piensa que se prestan los mismos servicios en todas las CCAA; el 30% opina lo contrario y el 22,9% no tiene opinión. El lugar de residencia (zona **rural o en una ciudad**) es la situación que provoca mayor apreciación de desigualdad: solo el 42% opina que se prestan los mismos servicios en ambos medios.

Respecto a las desigualdades por razón de género, además de lo señalado anteriormente, se explora la percepción sobre el nivel de salud entre hombres y mujeres. Se observa que la mayoría (43,5%) opina que mujeres y hombres tienen la misma salud. La siguiente opinión más extendida es que las mujeres tienen mejor salud que los hombres (36%). Por último, el 9,4% de las personas entrevistadas opinan que las mujeres tienen peor salud que los hombres.

Esta última respuesta se distribuye diferente según el sexo de la persona entrevistada: el 12% de las mujeres tiene esta opinión frente al 6,9% de los hombres. Las personas que se posicionan en esta respuesta lo atribuyen a causas diferentes según sean mujeres u hombres. Lo más llamativo es que, mientras para las primeras, las cargas de trabajo son lo más importante y la falta de tiempo para preocuparse por su salud tiene bastante peso, los hombres valoran escasamente esta última respuesta y atribuyen esencialmente la diferencia de salud a que el organismo de la mujer es más frágil.

## Valoración de la Descentralización Sanitaria

Respecto de la valoración acerca de que los servicios sanitarios se gestionen por las **Comunidades** o por el **Estado**, la cuarta parte de los encuestados no tiene una opinión formada. El **36,3 %** opina que el ciudadano recibe **el mismo servicio** gestione quien gestione. El **33,3 %** opina que los servicios **han mejorado** al ser gestionados por la Comunidad Autónoma y el 6,8% piensa que han empeorado. Ello supone una mejora de la percepción de la gestión por las CCAA respecto a 2005 (29,9%), si bien todavía no se aprecia una tendencia concreta en la serie disponible.

La percepción de los servicios sanitarios públicos que se reciben en la **Comunidad de residencia frente a los de las demás**, da como respuesta más frecuente el **no tener una opinión formada** al respecto (**36,7%**), aunque más de un tercio considera que son iguales y un **16%** que son **mejores**. Por otra parte, la gran mayoría de encuestados (**84%**) se decanta por la necesidad de que **las Comunidades Autónomas se coordinen** a la hora de ofertar **nuevos servicios** a los ciudadanos, opinión que se consolida sistemáticamente al alza en la serie, desde que en el año 2003 se exploró por vez primera y se obtuvo un 75% de acuerdo.

## Valoración sobre la Ley del Tabaco

Existe **división de opiniones** acerca de si **los fumadores respetan la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco**, de modo que, el 46 % de los encuestados opina que mucho o bastante y el 47,9% que poco o nada.

Asturias (58%), Rioja (56%) y País Vasco (54%) es donde más se piensa que se respeta la ley y Murcia, Baleares, Extremadura y Castilla la Mancha (con menos de un 38%) donde menos se comparte esa opinión.

El 58,5% de los encuestados opina que las personas no fumadoras **sufren menos molestias** que antes de existir la Ley, frente al 35% que opina que no ha habido grandes cambios en este aspecto. La mayoría, 54,1%, piensa que, desde que está la Ley en vigor, **se fuma menos** en todos los sitios. El 34% de los encuestados opina que habría que **endurecer más la Ley**, pero **la mayoría, el 56,1% opina que esto no es necesario**.

Canarias, La Rioja y Extremadura son las CCAA con mayor porcentaje de respuesta a favor de endurecer más la ley (en torno al 45%), mientras que la opinión contraria a hacerlo es mayoritaria en Aragón (72%), Murcia (64,6%), Madrid (62%) o Navarra (61,7%).

## Alcohol y jóvenes

La mitad de los encuestados manifiestan tener hijos o nietos menores de 18 años. De ellos el 87,7% opina que los jóvenes beben mucho o bastante, pero solamente un 3% piensa que sus hijos o nietos beben en exceso.

El 71,6% de los entrevistados cree que puede influir en que sus hijos o nietos no consuman alcohol. Alrededor del 59% es partidario de sancionar a los jóvenes por el consumo abusivo de alcohol.

Navarra (30,2%), Aragón (18,9%), País Vasco (17%) y La Rioja (16%) son las CCAA donde mayor opinión se recoge de que los jóvenes beben “poco o nada”. Extremadura, Murcia, Canarias, Madrid y Castilla la Mancha, con más del 90% de acuerdo entre los entrevistados, se sitúan en la opinión de que beben “mucho o bastante”

## Factores que condicionan la salud con la que se llega a la vejez

La **alimentación** a lo largo de la vida es el factor que, con mayor frecuencia, se asocia al estado de salud con el que se llega a la vejez (97%).

Practicar **actividad física** en la juventud es el segundo factor que se relaciona con la salud al llegar a la vejez (90,9%). La **herencia genética** (82,6%) y el **funcionamiento de los servicios sanitarios** (81,9 %) son igualmente reconocidos de forma mayoritaria como elementos influyentes en este sentido.

Por último, la **capacidad económica** de cada persona es, entre los factores analizados, el factor que menos porcentaje de entrevistados relaciona con la salud con la que se llega a la vejez, pero aún así el 66% asocia ambas cosas.

## Utilización de servicios en una Comunidad Autónoma diferente a la de residencia

Un 11,6% de los entrevistados manifestaron haber necesitado acudir a un centro sanitario público estando fuera de su Comunidad Autónoma de residencia: el 70% se identificó con su **tarjeta sanitaria**. Llama la atención que se mantenga una respuesta de más del 20% que afirma utilizar la antigua cartilla cuando se encuentra fuera de su ámbito territorial. Un 31% de los encuestados manifiesta estar tomando **medicamentos para una enfermedad crónica**.

De ellos, casi el 80% afirma que lleva consigo los medicamentos cuando viaja fuera de su lugar de residencia. Un 5,1% dice que se lleva recetas prescritas por su médico y un 3,1% que acude a por ellas a un médico del lugar de destino. De todo ello parece deducirse que, en la actualidad, un 8% de los pacientes crónicos adquiere en algún momento medicamentos fuera de su lugar de residencia.

### Percepción de garantía de custodia de los datos clínicos

Existe una percepción generalizada de que la confidencialidad de los datos que recogen los médicos está **bien garantizada cuando se almacenan en un ordenador**: 5 de cada 10 entrevistados opina que es el sistema que en mayor medida garantiza su custodia. A ello hay que añadir que otros 2 de cada 10 opinan que tanto en ordenador como en papel la historia clínica está bien guardada.

Sobre la historia clínica en papel un 16% opina que garantiza más la confidencialidad que la historia en ordenador. Solamente el 2,6% de los encuestados opina que no está garantizada la confidencialidad ni en el soporte papel ni en el electrónico.

### Conclusiones

Tenemos un Sistema Nacional de Salud que, en general, **los ciudadanos valoran positivamente**. Esta valoración positiva ha aumentado ligera y constantemente en la serie disponible.

La mayor parte de los entrevistados **prefieren ser atendidos por un servicio público**. Sin embargo la evolución de esta preferencia en la serie temporal, si bien es todavía corta (tres años), muestra una **tendencia a favor de aumentar progresivamente la elección de la provisión privada** de servicios.

Las principales causas que parecen influir en la elección del servicio son bien distintas: el sector público se prefiere por la tecnología y medios disponibles así como por la capacitación de médicos y enfermeras. La elección del privado se relaciona con factores como la rapidez, confort y trato personal. Todas las dimensiones estudiadas sobre nuestro sistema sanitario (atención primaria, especialidades, hospitalización) muestran **una valoración positiva por las personas que realmente los han utilizado**.

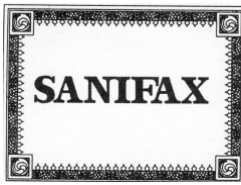
La **confianza y seguridad** que transmiten el personal médico y de enfermería, la **tecnología y la información recibida** sobre su salud, son aspectos específicamente muy bien valorados. Los aspectos peor considerados se refieren a las **demoras** para ser citado o ser ingresado de manera programada, algunos aspectos de **hostelería** y la **información institucional**.

La gran mayoría opina que el Sistema Nacional de Salud es **equitativo** en el acceso en lo que a **edad y renta** se refiere. Pero esta opinión aparece más matizada respecto a la equidad **territorial** (entre CCAA y entre medio urbano y rural). Una abrumadora mayoría pide que las CCAA se coordinen mejor a la hora de ofertar nuevos servicios.

Para finalizar, quiero señalarles que esta información se ofrece desde la página electrónica del Ministerio, ampliada en todos sus contenidos, desagregada por Comunidades Autónomas y analizada por variables socio demográficas y económicas. Este año, además, el Ministerio ofrece por primera vez una serie temporal de resultados del Barómetro Sanitario, relativa a las preguntas de la parte fija o a aquellas otras que se han investigado durante varios años. La serie se remonta, para algunas preguntas a 1995, primer año del que se conservan microdatos en soporte electrónico.

Señorías, la sanidad es uno de los pilares básicos del estado de bienestar. Vamos a seguir trabajando para consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud, en coordinación con las Comunidades Autónomas, las instituciones, los profesionales, las sociedades científicas y con la sociedad en su conjunto.

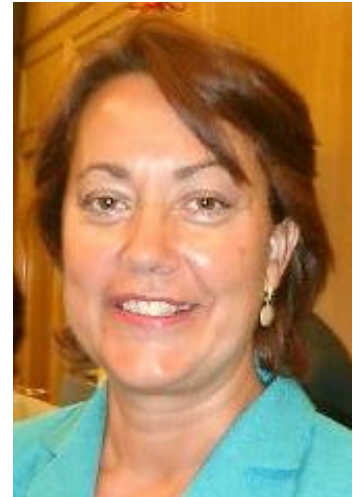
Muchas gracias



## INTERVENCIÓN DE LA DIPUTADA DEL PP EN LA COMISIÓN DE SANIDAD DEL CONGRESO, M<sup>a</sup> DOLORES PAN, AYER EN LA RÉPLICA A LA EXPOSICIÓN DEL SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD

Sra. PTA. SSSS Sr. SGS

Agradecer la exposición y el tono del Sr. SGS del MSC y a continuación, tras haber oído la valoración del gobierno de los datos reflejados en el Barómetro sanitario, haré la que mi grupo el PP hace al respecto. Hemos comparado los resultados de este año con los del Barómetro del 2004, última vez que el actual gobierno presentó el Barómetro ante esta Cámara. Hay que recordar también algunas afirmaciones que por entonces hacía el Gobierno en relación con los datos del Barómetro y la crítica que se hacía sobre lo que este Srs del PSOE han hecho un lema “la herencia recibida” era y es siempre la culpable de los males del SNS. Bien veremos con cifras cuanto engaño y cuanta propaganda para disfrazar la inacción del actual gobierno, y tratar de empañar la magnífica gestión de los años de gobierno del PP. “El Barómetro Sanitario SSSS tiene como objetivos:



- La percepción y opinión de los ciudadanos sobre el funcionamiento de los Servicios Sanitarios Públicos.
- El impacto de la aplicación de políticas sanitarias
- El grado de conocimiento o las actitudes de los ciudadanos hacia problemas de salud o hacia actuaciones específicas

En definitiva Considerar las expectativas y opinión de la ciudadanía como un elemento esencial para mejora continua del sistema nacional de salud.”(De la presentación en la Web del MSC del Barómetro del 2005)

Pasemos por tanto a establecer esta valoración comparativa de los años 2004 y 2006, porque estarán de acuerdo conmigo en que nos puede informar de las tendencias que el algo mas representativo que si solo valoramos aisladamente este año. Lo haré en el mismo orden en que aparece en el propio cuestionario.

En relación con las *áreas de interés* de los ciudadanos no hay grandes variaciones 1º es la Sanidad 2º Vivienda este año en 04 era la educación 3º Educación este año en 04 era vivienda 4º la seguridad ciudadana, no hay mas cambios.

En cuanto a opinión sobre el Sistema sanitario:

“el Sist. Sanitario funciona bien aunque necesita cambios” en 2004 (47,1) respaldaban esta afirmación en 2006 (50,5) se incrementa el nº de ciudadanos que ahora piensa que son necesarios cambios vamos a peor no hemos mejorado tras 3 años de gobierno PSOE

A continuación viene una pregunta que no figuraba en 04 en relación con la aprobación de la Ley del tabaco los ciudadanos creen que la mayoría de los fumadores respeta la Ley, que los no fumadores sufren ahora menos molestias que antes de la ley y que en general se fuma menos en todos los sitios, pero opinan que no habría que endurecer la ley.

Suponemos Sr. SGS que esta pregunta se introdujo para paliar la inexistencia del obligado informe anual que debería haberse realizado desde el Observatorio creado en la propia Ley y que se formo tarde, mal y arrastro y del que desconocemos su actividad.

**Se hace también una pregunta en relación con el consumo del Alcohol en los jóvenes, que todos sabemos que es alto y un asunto preocupante. Así se lo hicimos saber a su antecesor y le dimos nuestro apoyo para trabajar en este problema, contando con todos y abordándolo de una forma integral no sólo punitiva. Ustedes prefirieron ir por libre, presentar un proyecto en solitario y que creó gran alarma y confrontación, tanta que el propio presidente ordenó que se retirara, y sin consecuencias políticas de ningún tipo ¡una vergüenza! Por cierto la retirada es electoralista y temporal o va a ser para empezar de nuevo en este tema? Lo pregunto porque ese proyecto aún esta en la Web del MSC a día de hoy. Y los españoles tienen derecho a saber, que es lo que van a hacer. Y nosotros le preguntamos.**

Los ciudadanos están cada vez mas informados y conscientes de la influencia sobre la propia salud de los hábitos de vida, la alimentación, el funcionamiento de los servicios sanitarios aunque a este último punto le otorgan una importancia que Uds. y yo sabemos que no tiene.

((En la pregunta ¿esta UD satisfecho con el modo en que funciona el Sistema sanitario? da una media de 6,23 en 2004 era de 6,12 muy similar)))

En la elección sobre servicio sanitario público o privado:

	<u>Público</u>		<u>Privado</u>	
Atención Primaria	06-58,7	04-59,6	06-34,5	04-32,9
Asist. Especializada.	46,2	47,5	45,6	42,6
Atención Hospitalaria	59,2	62,4	33,0	30,2
Urgencias	62,1	64,6	30,5	27,7

**Aumenta la elección de la Asistencia privada sobre la pública a todos los niveles. Lo que a nuestro modo de ver traduce el empeoramiento de la percepción de l sistema público por parte de los ciudadanos. ESTA ES SU GESTION. Aunque de momento se mantiene ante un problema grave la elección del sistema público (53,7) frente al privado (35,1). Y esto es debido a que según la percepción ciudadana empeoraron la tecnología y los medios, la capacitación de los profesionales en el sistema publico y mejoraron en el privado. También empeoro la rapidez de la atención, la información sobre el problema de salud, el trato recibido y el confort de las instalaciones y mejoraron en el privado. ¿Qué es lo que han hecho con nuestro SNS? ¿Dónde esta la modernización prometida por la Ministra en su 1º comparecencia? ¿Qué hay de sus promesas y de sus críticas a nuestra Gestión? DEBERIAN PEDIR PERDON**

Se ha incrementado ligeramente la asistencia en la Atención Primaria, aunque la valoración sobre los profesionales sigue siendo buena. Escúchenlos que los tienen en huelga casi permanentemente, son lo mejor del Sistema, su misma base, no dejen que esto también se deteriore. No les pasen la patata a las CCAA, no las abandonen bajo el pretexto competencial, o es que el MSC esta de saldo y ya no tiene nada que ver en estos temas??

Los aspectos mas valorados (por este orden) en la Atención Primaria y Pediatría son:

La cercanía de centro, la confianza y seguridad en el medico, trato recibido, la información recibida. La valoración es similar en 04 y 06 En cuanto a la Confidencialidad de los Datos, los ciudadanos creen que es mejor cuando se guarda en un Ordenador (47,4) frente al papel-archivo (15,8).

Es hora de impulsar de verdad y decididamente la informatización de las Historias Clínicas y su compatibilidad en las distintas CCAA y en esto hay que poner presupuesto SR SGS.

En el último año ciudadanos que acuden al servicio de Urgencias:

Sólo a Atención 1ª 32,6 menor que en 04 (34,5)  
Sólo al Hospital publico 53,4 mayor que en 04 (49,1)

Las cifras son contundentes más presión en las Urgencias de los Hospitales que en el 2004. ¿Qué han hecho o que piensan hacer?

Cuando acuden a Urgencias los ciudadanos lo hacen de forma mayoritaria por decisión propia y entre las causas de ir directamente al Hospital se encuentran la no coincidencia horaria, y porque consideran que sigue habiendo mas medios y tecnología en los Hospitales. Además empeora la rapidez en la asistencia en urgencias.

La Asistencia por Especialista lo peor valorado son los Tiempos de espera que globalmente empeoran respecto del año 2004 mas de un 35% esperan mas de 3 meses en 2004 eran en torno a un 26%. ¿Que pasó con sus promesas en el Programa Electoral? ¿Qué han hecho en relación con las esperas en estos 3 años?

La valoración de los profesionales y los aspectos mas valorados en este nivel de asistencia es similar en estos años. Se valora el nº de especialidades a las que se accede, el equipamiento y tecnología, el trato recibido, la información etc. En cuanto a los Ingresos Hospitalarios el motivo de ingreso ha sufrido un descenso en las Operaciones (44,4 en 2004 46,1) y aumentan las pruebas especiales (18,7---17,4) y ligero incremento de Tratamientos (17,1---16,6). Se les hacen las pruebas se les da tratamiento pero no se les opera ¡Ojo con las listas de espera quirúrgica!

Empeora la percepción de la atención en los Hospitales con respecto al 2004 (muy buena 28,6-29,2 . buena 54,9-58,7 . Regular 8,1-7,9) Los aspectos valorados en los Hospitales son los mismos equipamiento y tecnología, los cuidados, la información, los consejos). La Información de la Administración Sanitaria no varía. Se vislumbra un incremento de diferencia de la asistencia según la CCAA, el rural o ciudad.

Son menos los españoles que creen que en estos últimos 5 años la Primaria esta mejor (48,3-51,7), menos los que creen que la especializada esta mejor (40,6-44,4) y menos los que piensan que el Hospital esta mejor (43,2-47). En definitiva los españoles les suspenden la gestión de estos 3 años, y Uds. no cumplen con sus promesas ni con su programa, listas de espera, modernización del SNS, más habitaciones individuales, atención buco dental, cirugía de la refracción.

**En fin vaya papelón Sr. SGS el suyo hoy aquí, ya ve que las cifras son tozudas y contundentes, están a disposición del que quiera consultarlas. Por el bien del SNS y de la salud de todos deberían marcharse. Nosotros no podemos ser cómplices ni alcahuetes de su ineficacia, solo estamos a disposición del que quiera trabajar en avanzar en mejorar, en aportar mejoras no solo en la cartera de servicios sino en el mejor funcionamiento del SNS en la equidad y en la mejore del acceso.**

Nada más. Muchas gracias Sra. PTA. SSSS Sr. SGS



## **Manuel Lamela visitó las obras del centro de salud Palomares-Pizarro, que se está construyendo en el casco urbano de este municipio**

### **La Comunidad de Madrid apuesta por mejorar la atención sanitaria en Leganés y pide a este Ayuntamiento su colaboración**

- **El consejero lamentó las trabas de la corporación local, que han impedido cumplir el plazo previsto de las obras**
- **El futuro centro de salud dará asistencia a más de 35.000 habitantes y supone una inversión de 13,2 millones de euros**

El consejero de Sanidad y Consumo, Manuel Lamela, visitó ayer las obras del Centro de Salud Palomares-Pizarro, una infraestructura que, en realidad, englobará dos centros en un mismo edificio, en el complejo asistencial de Santa Isabel. Lamela destacó que con la puesta en marcha de estos centros se va a dar respuesta a una antigua reivindicación de los vecinos de la zona de tener un centro accesible y cercano a su domicilio, pero lamentó las trabas planteadas por el Ayuntamiento de Leganés para que esta infraestructura todavía no sea una realidad y no se hayan podido cumplir los plazos previstos.

Manuel Lamela señaló que hasta el momento las corporaciones locales habían colaborado sin excepción de forma estrecha y entusiasta con la Consejería de Sanidad y Consumo a lo largo de la legislatura, para conseguir que los madrileños cuenten con infraestructuras nuevas y más adecuadas a las necesidades asistenciales actuales.

Gracias a esta colaboración, especialmente en labores de urbanización de parcelas, tramitación de licencias o gestión de acometidas, ha sido posible el logro de poner en marcha 56 centros de salud en esta legislatura, seis más que los previstos inicialmente.

Sin embargo, el consejero indicó que “para sorpresa de todos, la corporación municipal de Leganés ha preferido no primar el interés general de los ciudadanos para continuar mejorando los servicios asistenciales”.

El consejero señaló que el Ayuntamiento de Leganés no necesitó buscar parcela para construir el centro, puesto que se está llevando a cabo en terrenos que ya tenía la Comunidad de Madrid en el complejo asistencial de Santa Isabel, pero “como consecuencia de la obstaculización de trámites que han demorado su construcción, este centro no ha podido ser el número 57 de los puestos en marcha en esta legislatura”.

Un ejemplo más de las trabas mostradas por este Ayuntamiento, es el caso de la cesión de suelo para la construcción de un centro de salud en Arroyo Culebro.

El alcalde de esta localidad con fecha de firma del 29 de marzo y registro de salida de 3 de abril de 2007, remitió a la Consejería un acuerdo de cesión de suelo del Pleno del Ayuntamiento de 17 de julio de 2005, es decir, durante un año y ocho meses ha ocultado este acuerdo, imprescindible para que la Comunidad de Madrid pudiera construir el centro, y mientras “ha manipulado a los ciudadanos, orquestando concentraciones, y ha llegado a colocar un cartel en la parcela diciendo que el Ayuntamiento ha cumplido.

Así, tras la última manifestación de los vecinos, el edil ha tenido a bien remitir el acuerdo para poder formalizar la cesión de los terrenos”, subrayó Lamela.

El consejero recordó la importancia concedida por el Gobierno regional a reforzar la Atención Primaria en la Comunidad, ya que es el nivel asistencial más próximo a los ciudadanos y donde puede resolverse la mayor parte de sus problemas de salud, con la construcción de nuevos centros de salud para que los ciudadanos se beneficien de los mejores servicios, sea cual sea su lugar de residencia.

Los 56 nuevos centros suponen una inversión de más de 160 millones de euros y la creación de más de 100.000 metros cuadrados de nuevos espacios asistenciales en toda la región.

### **69 consultas de Atención Primaria**

El Centro de Salud Palomares-Pizarro es una infraestructura que engloba en un solo edificio dos centros de salud, con entradas diferenciadas.

Globalmente, atenderán a una población de más de 35.459 personas y la superficie construida será 4.650 metros cuadrados.

La inversión que destina el Gobierno de la Comunidad de Madrid a su construcción asciende a 13.204.403 euros.

El centro contará con todos los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad, en las mejores condiciones de confort para pacientes y profesionales.

Dispondrá de 69 consultas para medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, fisioterapia y cinesiterapia.

Este complejo asistencial también contará con sala de salud bucodental, salas de extracciones y toma de muestras, salas de intervenciones menores y de técnicas y curas, así como consulta de trabajador social, junto a las dependencias destinadas a uso exclusivo de profesionales, como es la sala de juntas y biblioteca, administración y almacenes.

**La Consejería de Sanidad dicta una Resolución que establece los requisitos de solicitud de permisos para participar en estos proyectos**

**La Comunidad de Madrid regula la participación de profesionales sanitarios en programas de cooperación internacional**

- **Los permisos al personal estatutario podrán ser retribuidos o no retribuidos y en todo caso se respetará su puesto de trabajo**
- **En caso de permiso retribuido, recibirá el 100% del sueldo y la duración máxima será de 6 meses**

La Consejería de Sanidad y Consumo ha dictado una Resolución por la que se refunde la normativa sobre participación del personal estatutario en programas de cooperación sanitaria. Teniendo en cuenta la creciente presencia de la Comunidad de Madrid en programas de ayuda al desarrollo y solidaridad internacional, la Consejería de Sanidad y Consumo ha estimado prioritaria la necesidad de sentar las bases del reconocimiento de la actividad laboral del personal estatutario que participa y aporta su experiencia laboral en estos programas. Esta iniciativa se enmarca en Estrategia de Cooperación Sanitaria al Desarrollo que actualmente está diseñando el Gobierno regional.

Hasta ahora, la participación en estos programas de los profesionales de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid se regulada por diferentes Pactos de la Mesa Sectorial de la Administración Sanitaria del Estado, fijados con anterioridad a las transferencias sanitarias a las autonomías. Por esa razón, se ha refundido en una sola Resolución las condiciones y procedimiento para la concesión de permisos a los trabajadores que participen en estos proyectos.

Los proyectos de cooperación internacional para los que se concederá el permiso serán aquellos que se lleven a cabo en países que sean beneficiarios de ayuda al desarrollo, de acuerdo con los criterios definidos por el Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, así como en cualquier otro país para acciones de ayuda humanitaria y de emergencia.

**Permisos retribuidos**

La Resolución de la Consejería de Sanidad y Consumo establece la posibilidad de conceder permisos retribuidos a los profesionales que participen en proyectos de cooperación sanitaria que sean financiados con cargo a los presupuestos de la Comunidad de Madrid o cuando se trate de colaborar en acciones de ayuda humanitaria o de emergencia por catástrofes naturales o causadas por el hombre.

De acuerdo con los requisitos para solicitar la concesión de un permiso retribuido, será necesario acreditar que el programa en el que se desea participar esté relacionado con el ámbito sanitario y que el solicitante desarrolle su actividad laboral en tareas relacionadas con el programa para el que se solicita el permiso por un espacio superior a dos años.

El solicitante deberá contar con el informe favorable del responsable de servicio o de la unidad donde desarrolle su actividad laboral y del Director Gerente del centro. La duración de los permisos retribuidos para la cooperación sanitaria no podrá tener una duración superior a los seis meses, pudiéndose conceder por un tiempo inferior, con posibilidad de prórrogas sin exceder el límite máximo de los seis meses.

El personal estatutario al que se le conceda el permiso percibirá mientras dure el mismo, y con cargo a su centro sanitario, el 100% del sueldo. Asimismo, durante la vigencia del permiso se considerará al profesional en situación de servicio activo, por lo que se le reconocerán sus derechos a efectos de trienios y carrera profesional. Durante el periodo del permiso, el profesional tendrá derecho a la reserva de su puesto de trabajo.

### **Permisos no retribuidos**

También se ha contemplado la posibilidad de concesión de permisos no retribuidos, en los casos que el profesional quiera participar en proyectos de cooperación sanitaria al desarrollo gestionados por entidades públicas o privadas que no cuenten con financiación para el proyecto con cargo a los presupuestos de la Comunidad de Madrid. Los permisos serán concedidos por la Dirección Gerencia del centro donde desarrolla el profesional su labor.

En este caso, según los requisitos para solicitar el permiso, el programa en el que esté interesado el profesional también deberá estar relacionado con el ámbito sanitario y que las funciones a realizar en dicho programa tengan que ver con la especialidad o categoría que el profesional desarrolla de manera habitual. Igualmente, deberá contar con la conformidad del responsable del servicio donde desarrolla su actividad.

Respecto a la duración de los permisos no retribuidos, la Resolución establece que será de tres meses, prorrogables por otros tres meses cuando existan razones justificadas. En este caso, el profesional no recibirá retribución alguna durante la duración del permiso, pero sí se le considerará como profesional en servicio activo, por lo que se contabilizará este periodo a efectos de trienio y reconocimiento de la carrera profesional. También tendrá derecho a la reserva de su puesto de trabajo.

### **Importancia del asesoramiento técnico**

Con esta Resolución se avanza en el desarrollo de uno de los instrumentos básicos de la política de cooperación al desarrollo madrileña, la cooperación técnica, entendida como la transferencia de tecnología, de recursos materiales y equipos y el asesoramiento de técnicos especialistas.

En este sentido, el asesoramiento técnico por parte de especialistas constituye una de las formas más destacadas de cooperación y supone la implicación directa de los recursos humanos de que dispone la Consejería de Sanidad y Consumo en la política de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid, de ahí la necesidad de establecer las líneas de actuación tendentes al reconocimiento de la actividad laboral de estos profesionales.

## El Hospital de Móstoles certifica con la ISO 9001 la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y presenta un manual de calidad

La Viceconsejera de Sanidad y Consumo ha presidido en el Hospital de Móstoles el acto de entrega de la certificación ISO 9001 a la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y ha presentado un manual de gestión por procesos que se ha elaborado con el objetivo de potenciar entre los profesionales del centro la mejora continua de la calidad.



El Hospital de Móstoles mantiene desde su fundación, hace 24 años, un compromiso asistencial y social con sus pacientes que se refleja en una firme voluntad por ofrecerles un servicio eficiente y de calidad. El compromiso de avanzar hacia la mejora continua del servicio que presta el hospital a su comunidad se ha visto reforzado con las dos certificaciones de calidad que se han recibido en lo que va de año, la certificación del laboratorio de urgencias de bioquímica y la que hoy ha entregado la viceconsejera a la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.

Esta Unidad tiene por objeto conseguir la estabilización de aquellos pacientes que ingresan por vía programada mediante prescripción médica o bien por vía urgente (autorización judicial, policial, solicitud del centro de salud mental, del ámbito familiar o por voluntad propia).

La Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital de Móstoles ha sido una de las primeras en certificar su calidad a nivel nacional. Cabe destacar que esta unidad ha registrado 323 ingresos en el año 2006 con una media mensual de 27 ingresos. El número de altas ha sido de 320 y el número de estancias ha sido de 6.603 con una estancia media de 21 días por paciente.

En el marco de este acto, también se ha presentado un manual básico de gestión por procesos que pone a disposición de los profesionales un resumen sobre la gestión de procesos orientado a centrar las actuaciones en el usuario, implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio, garantizar una práctica clínica acorde con el conocimiento científico disponible, facilitar la continuidad asistencial y evaluar los resultados obtenidos.

## Un laboratorio que prolonga la vida: Inaugurado el primer banco de células de cordón umbilical privado de España en Alcalá de Henares. El centro tiene capacidad para 30.000 muestras

**ELENA P. CANAL.-** El primer banco de cordón umbilical privado en España abrió ayer sus tanques a las familias que opten por la conservación de células madre de su descendencia. VidaCord, con sede en el parque tecnológico de Alcalá de Henares, cuenta con una capacidad de 30.000 unidades de almacenaje. Desde la publicación del Real Decreto de noviembre de 2006 los depósitos privados de muestras sanguíneas están autorizados. La apertura de este depósito fue calificada de «histórica» por su directora científico-técnica, Mónica López, quien añadió que esto abre las puertas «a nuevas líneas de experimentación en el campo de la medicina regenerativa», para la curación de enfermedades hepáticas o neurodegenerativas como el Alzheimer o el Parkinson. Si una familia decide almacenar las muestras sanguíneas procedentes del cordón umbilical establecerá un contrato de servicios con la entidad. Angel Alvarez, presidente y fundador de VidaCord, explicó el proceso: «Un facultativo del centro se desplaza al lugar del parto para realizar una punción en los vasos del cordón umbilical para extraer la sangre. Una vez en el laboratorio, se verifica su utilidad para el futuro trasplante, mediante una serie de análisis».

A pesar de la reciente apertura, Alvarez señaló que ya han recibido varias solicitudes para entregar las células madre. Las futuras madres confían en mejorar la calidad de vida de su descendencia por un coste de conservación de 1.800 euros. «Las células madre serán conservadas en tanques de nitrógeno líquido. Las 30.000 unidades de las que dispone actualmente estarán congeladas a 180° bajo cero», explicó el fundador. Desde el Ministerio de Sanidad se elevan voces críticas contra estos bancos de células madre. Le preocupa que estos centros atenten contra el principio de solidaridad que existe para todo el material orgánico destinado a los trasplantes. Para la Organización Nacional de Trasplantes, los bancos privados benefician únicamente a los titulares del cordón umbilical. Alvarez responde a esta crítica aclarando que este banco privado es «subsidiario de la sanidad pública». La propiedad de las células del cordón umbilical es individual, con la salvedad de necesidad de los bancos públicos. «En este caso nuestra entidad reembolsaría el importe depositado por este servicio a los titulares», afirmó. La aplicación médica de la conservación de estas células se dirige al tratamiento de determinadas enfermedades hematológicas, como es el caso de las leucemias o los linfomas. Siempre que no se consideren genéticas, porque en este caso la enfermedad también afectaría a las células del cordón umbilical, siendo inservibles. «Un caso real de leucemia adquirida lo tenemos en los niños afectados por el desastre de Chernobil. Muchos de ellos tendrían curación si hubiesen conservado las células del cordón umbilical», explicó el fundador de VidaCord. Aparte del centro alcalaíno, VidaCord es copropietaria del banco de cordón umbilical del Memorial Hospital de Varsovia

### MASCARILLA, MONO Y CALZAS PARA LOS VISITANTES

Cualquier persona que acceda a las instalaciones del centro de Alcalá de Henares tendrá que cumplir una serie de requisitos. En virtud de la preservación de la esterilidad, todo visitante vestirá un mono, una mascarilla y unas calzas que le proporcionarán. La primera sala que se encuentra es la de procesamiento de sangre. Mediante una serie de técnicas analíticas se comprueba el número de células madre de la muestra de sangre. Las numerosas pruebas a las que se somete, garantizan la ausencia de contaminación de la sangre. La doctora Mónica López explicó ayer que «antes de su congelación se aplican análisis de carácter inmunológico y vírico. Asimismo, un citómetro de flujo cuantifica las células madre que posee la muestra de sangre». Sólo este tipo de células tiene capacidad para regenerar los tejidos afectados del paciente. Si se detecta contaminación bacteriana en la muestra no podrá llevarse a cabo su conservación. Si por el contrario, las pruebas son positivas el procesamiento de las células culminará en la sala de criopreservación, que las mantendrá congeladas durante un periodo de 20 años



## **Acuerdo de colaboración entre el Ateneo de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid**

El pasado martes se ha celebrado en el Salón de Azaña del Ateneo de Madrid una reunión en la que la sociedad científica, literaria y artística madrileña y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) han firmado un convenio para cooperar y aunar esfuerzos en pos de la divulgación científica, sanitaria y cultural en un amplio marco de colaboración.

Al acto han asistido, además de don José Luís Abellán, presidente del Ateneo de Madrid y don Alberto García Romero, presidente del COFM, los presidentes de las secciones de Farmacia y Literatura de la docta casa y un grupo de ateneístas honorables muy vinculados al mundo de la Rebotica.

Todos ellos muy satisfechos por las futuras actividades de divulgación, fomento y difusión de los conocimientos relativos a las ciencias farmacéuticas, así como de los culturales, literarios y artísticos. Las dos instituciones han manifestado sentirse muy afortunadas por la legitimación de este acuerdo que ofrece una esperanzadora visión de futuro y que, sin duda, propiciará fructíferos y enriquecedores proyectos.

De hecho, ya está concertada la conferencia que pronunciará el insigne farmacoperiodista y, también, ateneísta, Pedro Malo, el 10 de mayo a las 19.00 horas en el Ateneo de Madrid.

El presente acuerdo tiene por objeto el desarrollo y el incremento de diferentes y valiosos proyectos comunes entre las dos ilustres instituciones para lo que se ha fijado la constitución de una Comisión Mixta de la que formarán parte, como mínimo, dos representantes de cada una de las partes interesadas, con la finalidad de definir y desarrollar acciones concretas que se acuerden para cumplir de este modo los objetivos fijados por el citado pacto.

Después de un agradable y estimulante intercambio de opiniones y anécdotas, los presidentes del COFM y del Ateneo de Madrid han firmado dicho acuerdo que tendrá una duración de dos años y que se renovará tácitamente a su vencimiento.

Hoy jueves, 26 de abril, en Melilla

## Ana Pastor se reúne con el presidente de Melilla Juan José Imbroda

- **A las 16:30 celebrarán una rueda de prensa**

La secretaria ejecutiva de Política Social y Bienestar del Partido Popular, Ana Pastor, visita hoy jueves Melilla, donde se reunirá, a las 12:30 con el presidente y candidato a la presidencia de la ciudad autónoma Juan José Imbroda.

En el transcurso de la visita, la secretaria ejecutiva mantendrá un encuentro con representantes de sindicatos de la Enseñanza y se reunirá con la Junta Directiva Regional y miembros de la comisiones regionales de Sanidad y Educación.

A las 16:30, Ana Pastor y Juan José Imbroda celebrarán una rueda de prensa.

### REUNIÓN CON EL PRESIDENTE DE MELILLA

**Fecha:** 26 de abril  
**Hora:** 12:30 horas  
**Lugar:** Presidencia de la Ciudad  
Plaza de España s/n (Melilla)

### ENCUENTRO CON SINDICATOS DE ENSEÑANZA

**Fecha:** 26 de abril  
**Hora:** 13:00 horas  
**Lugar:** Sede Regional (C/ Roberto Cano 2-1º Izda) (Melilla)

### REUNIÓN CON LA JUNTA DIRECTIVA REGIONAL

**Fecha:** 26 de abril  
**Hora:** 14:30 horas  
**Lugar:** Hotel Melilla Puerto. Explanada San Lorenzo s/n (Melilla)

### RUEDA DE PRENSA

**Fecha:** 26 de abril  
**Hora:** 16:30 horas  
**Lugar:** Hotel Melilla Puerto. Explanada San Lorenzo s/n (Melilla)



**EL CONSEJO AUTONÓMICO DE COLEGIOS DE MÉDICOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA HA EJERCIDO DE IMPULSOR DEL ACUERDO ENTRE LA CONSELLERIA DE SANITAT Y LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARA LOGRAR MEJORAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

El trabajo de mediación llevado a cabo por el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de la Comunidad Valenciana y, en particular por el Colegio de Médicos de Alicante (COMA), ha resultado fundamental a la hora de que la Conselleria de Sanitat, las Sociedades Científicas de la Atención Primaria y sindicatos acuerden la redacción de un documento de mejoras en AP.

En ese sentido, el pasado miércoles 18 de abril, propiciada e impulsada por el presidente del Consejo Autonómico y del Colegio de Médicos de Alicante, Dr. Ricardo Ferré, tuvo lugar la última de las reuniones relacionadas con este importante documento.

Este encuentro, junto a otras conversaciones y reuniones amparadas por el Colegio de Alicante, ha servido para consensuar la redacción de este documento sobre Líneas Estratégicas de Mejora en Atención Primaria que ha recibido el beneplácito de los representantes de los médicos.

El Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de la Comunidad Valenciana y en particular, el Colegio de Médicos de Alicante, aplaude en entendimiento al que han llegado las partes puesto que dicho documento no sólo recoge las reivindicaciones de las Sociedades Científicas y sindicatos para la mejora de la Atención Primaria en la Comunidad, sino que estas medidas redundarán en la calidad del servicio sanitario que reciben los ciudadanos.

## La Consejería de Sanidad presenta las líneas estratégicas para mejorar la atención primaria

El titular de Sanitat, Rafael Blasco, presentará hoy jueves 26 de abril las líneas estratégicas para mejorar la asistencia que se ofrece a los ciudadanos de la Comunitat Valenciana en Atención Primaria.

Se trata de un documento, que ha sido elaborado por la Administración junto con un grupo asesor en el que están representadas todas las sociedades científicas más representativas en el ámbito de la atención primaria así como los Colegios Profesionales de Médicos y Enfermería.

Este documento parte de la premisa de que el ciudadano es el eje del sistema y las medidas a emprender deben ir encaminadas a potenciar la atención primaria como eje conductor del sistema sanitario.

Al acto asistirán Vicente Alapont, en representación del Consejo de Médicos de la Comunitat Valenciana; José Antonio Ávila Olivares, presidente del Consejo Enfermería de la Comunitat (CECOVA); Ramón García -Noblejas Davila. presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Domingo Orozco, presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFIC); Jose Manuel Martín Arenós, presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría (SVP), y Camilo Fuster, presidente Sociedad Española de Medicina General (SEMG).

**Día:** jueves 26 de abril

**Hora:** 12.00 horas

**Lugar:** Sala de juntas de la Consejería de Sanidad, 2º planta. (Calle Micer Mascó 31-33)



## DOCUMENTO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD SOBRE LINEAS ESTRATEGICAS DE MEJORA EN ATENCION PRIMARIA

### INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento de la atención primaria como nueva concepción filosófica se han producido multitud de cambios tanto demográficos, sociológicos, culturales y económicos que justifican que nos planteemos nuevos retos en el campo de la atención primaria, para adaptarnos a todos estos cambios sin que se resienta el nivel de calidad de la atención sanitaria y sin que los profesionales entren en una espiral de desmotivación que impida dar pasos adelante en la mejora de este nivel de atención.

Por ello entre los objetivos a alcanzar para esta nueva atención primaria se encuentran el conseguir una alta capacidad de resolución, potenciar la continuidad asistencial y que su cartera de servicios esté sustentada en evidencias científicas.

Otro aspecto fundamental es la mejora de la organización de la atención primaria con medidas encaminadas a optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión que permitan la consecución de objetivos para hacer más eficiente este nivel de atención.

Partiendo del documento elaborado desde el Ministerio de Sanidad, con la participación de todas las Comunidades Autónomas, en el que se hace un análisis de situación de la atención primaria del siglo XXI y se plantean estrategias de mejora con carácter general, desde nuestra Comunidad Autónoma se hace necesario elaborar un documento mucho más concreto, adaptado a la idiosincrasia de esta Comunidad y con compromisos realizables a corto y medio plazo que redunden en una mejora de la calidad de la atención primaria, percibida tanto por el ciudadano como por los profesionales sanitarios.

Este documento, que ha sido elaborado por la Administración junto con un grupo asesor en el que están representados todas las **sociedades científicas** más representativas en el ámbito de la atención primaria así como los Colegios Profesionales, parte de la premisa de que el ciudadano es el eje del sistema y las medidas a emprender deben ir encaminadas a potenciar la atención primaria como eje conductor del sistema sanitario.

La Administración presentará a la mesa sectorial aquellos puntos del documento que deban ser objeto de negociación de conformidad con la Ley 9/87 de 12 de junio de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

### ADECUACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS

El acuerdo de fecha 28 de diciembre de 2004 recoge los cupos máximos a asignar a los médicos y pediatras de EAP por zona básica (1.500 +/- 20% para médicos y 900 +/- 20% para pediatras) en la Comunidad Valenciana con el objeto de garantizar unos ratios adecuados para que la atención sanitaria se preste con unos niveles de calidad.

Además, los nuevos sistemas de información incorporados en los últimos años posibilitan el análisis de los cupos con el fin de asignar los recursos sanitarios, no sólo con criterios demográficos, sino también valorando otros factores que condicionan la presión asistencial.

En este contexto, se realizará un estudio exhaustivo de todos los cupos que no se ajusten a los estándares establecidos en el acuerdo, incluyendo variables como las características de la pirámide de población, la dispersión geográfica, la morbilidad y comorbilidad diagnosticada, el buen control de las enfermedades crónicas, el uso racional del medicamento, las actividades

preventivas y de promoción realizadas, la frecuentación, el nivel de resolución del equipo de atención primaria (porcentaje de derivaciones a especializada), la cartera de servicios y el tamaño del equipo, los factores sociales, la inmigración, los grados de dependencia y todos aquellos que se consideren relevantes. A partir del resultado de este estudio, que deberá estar finalizado en el plazo de 6 meses, se asignarán los recursos para alcanzar un ratio óptimo por zona básica de 1.500 pacientes mayores de 14 años por médico de familia y 900 pacientes menores de 14 años por pediatra con una variación de +/- del 20% en función de los indicadores establecidos.

Este análisis se realizará para toda la Comunidad por zona y profesional sanitario. Para el resto de profesionales sanitarios estos indicadores servirán para establecer el ratio óptimo que garantice una atención de calidad y que permita a estos profesionales disponer del tiempo necesario para realizar otras actividades sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención.

Los coordinadores asegurarán una adecuada redistribución de la población mayor de 65 años entre los cupos de medicina de familia de la zona básica. Todos los usuarios asignados a un Centro deberán asignarse a algún Cupo Médico en la unidades de Admisión de los Centros de Salud, salvo las asignaciones temporales inferiores a un mes.

Desde los departamentos se potenciará, por parte de las Gerencias, que se destine progresivamente, del presupuesto global asignado, una mayor inversión en atención primaria, como elemento clave para mejorar los resultados en salud. Este incremento corresponderá a un 0,5% anual hasta el año 2011.

## **FOMENTO DEL ESTATUS DE LOS COORDINADORES DE LOS EAP**

Una vez publicado el Decreto por el que se apruebe el Reglamento de Asistencia Sanitaria se procederá a la regulación normativa de las funciones, forma de acceso, evaluación y todas aquellas cuestiones que puedan ser de interés para mejorar el rol de los actuales coordinadores. Consideramos que es necesario un cambio en la denominación de este puesto de trabajo, para que se adapte mejor al perfil directivo de este personal. Una propuesta sería la de cambiar la denominación actual de Coordinador del EAP por la de Jefe de Zona Básica de Salud o cualquier otra denominación que se adapte más a las funciones y responsabilidad de este personal.

## **DISPENSACIÓN ELECTRÓNICA Y PLAN ANTIBUROCRÁTICO**

La Conselleria de Sanitat se compromete a llevar cuanto antes al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la propuesta del cambio del actual modelo de receta por un modelo de receta multiprescripción, en la línea de la propuesta hecha por todas las organizaciones y Sociedades Científicas de Atención Primaria que se hizo llegar al Ministerio de Sanidad y a las 17 Consejerías de Salud de los diferentes Servicios Regionales de Salud en el otoño de 2005.

Puesta en funcionamiento de la receta electrónica en un departamento piloto en el plazo de máximo de 3 meses. Posteriormente se implementará en el resto de los departamentos de la Comunidad Valenciana. La prescripción electrónica para periodos prolongados (mínimo 6 meses) deberá ser una realidad generalizada en, al menos, el 50% de los centros de salud antes del primer trimestre de 2009 y en todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana antes del primer trimestre del año 2011.

Hasta la implantación y desarrollo de las medidas anteriores, se habilitará, de forma efectiva y útil para los profesionales sanitarios, el sistema actual de prescripción mediante firma electrónica en papel, incluyendo las siguientes consideraciones:

- Entrega configurable de las recetas autorizadas para periodos de 30, 60 o 90 días, configurando también la agrupación de fechas. De esta forma, el profesional, en función de las características y situación del paciente, decidirá la agrupación de fechas y entrega de recetas en los tiempos más adecuados.

- En cualquier caso será posible la entrega de recetas en intervalos de 90 días, la entrega desde admisión con diferentes fechas de prescripción (para evitar botiquines domiciliarios), así como un sistema de actualización y modificación de prescripciones y/o dosis que permita el mantenimiento de los intervalos de entrega preestablecidos de forma ágil para el profesional.

Se facilitará la gestión completa del sistema actual de Bajas Autorizadas desde admisión, incluyendo: impresión y reimpresión de partes autorizados, e información sobre fechas de control clínico. El sistema de Bajas Autorizadas debe garantizar la posibilidad de cita del paciente para su control clínico en el mismo acto.

Se garantizará que la totalidad de las unidades de Inspección de la Comunidad Valenciana puedan utilizar el sistema de visado y control de la Bajas Autorizadas. Se incluirán los formularios y documentos que actualmente se utilizan de forma ordinaria en los Centros de Atención Primaria, en concreto los partes de ambulancia y los referentes a cargos a terceros.

## **AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LOS EAP**

Garantizar, en todos los departamentos, el acceso de los médicos de familia y pediatras de Atención Primaria a las pruebas complementarias diagnósticas con los mismos criterios exigibles a cualquier otro especialista. Deberán existir protocolos de solicitud de las citadas pruebas complementarias, consensuados en cada Departamento.

La prueba diagnóstica debe estar indicada por ser necesaria en el diagnóstico diferencial o para tomar una decisión terapéutica o de derivación del paciente. La Agencia Valenciana de Salud auditará que efectivamente las pruebas son accesibles y que existen protocolos de solicitud en todos los Departamentos.

La Conselleria impulsará e incentivará en los Acuerdos de Gestión, y los Departamentos garantizarán, el acceso de aquellos médicos de familia que lo deseen a la práctica de la Cirugía Menor y a la prestación de otros servicios en el centro de salud, a los pacientes de su cupo o de otros cupos, con las condiciones estructurales y de apoyo necesarias, según recomendaciones de las Sociedades Científicas.

Puesto que el decreto de "Carrera profesional" incluye una verdadera valoración profesional, ya que se basa en gran medida en la evaluación de la actividad asistencial y no sólo un aumento retributivo dependiente del tiempo trabajado (esto solo es así en el encuadramiento inicial), a partir del 2008, los diferentes niveles de capacitación reconocidos en la carrera profesional no sólo conllevarán un incremento retributivo, sino también diferencias en las funciones y en las tareas de los profesionales. A mayor nivel en la Carrera corresponderá una menor carga asistencial y más tiempo para actividades de consultoría, docencia, investigación o gestión clínica. Esta redefinición de tareas será responsabilidad de los Coordinadores.

## **CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL EAP**

- Impulsar las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Se potenciarán recogiendo en los acuerdos de gestión, a nivel de los departamentos, indicadores que midan este tipo de actividades. Deberán potenciarse las intervenciones con la comunidad.
- Fomento de las actividades docentes y de investigación.

Los equipos directivos garantizarán la realización de actividades formativas. Asimismo, facilitarán recursos a los profesionales que inicien actividades de investigación relacionadas con el trabajo de los centros de atención primaria. Se deberán recoger en los acuerdos de gestión, a nivel de los departamentos, indicadores que midan este tipo de actividades. Se arbitrarán las medidas organizativas necesarias de modo que al menos un 20% del tiempo de la jornada laboral se dedique efectivamente a la formación, investigación y docencia, en los centros acreditados para

ello. En los centros docentes de pregrado (alumnos de Medicina) y postgrado (MIR) se apoyará claramente la dedicación docente, de forma que permita desarrollar sus objetivos. Los docentes de estos centros dispondrán de la tecnología necesaria.

- En cada Departamento se creará una Unidad de Formación, docencia e de Investigación que potencie y coordine estas actividades en el Departamento.
- Impulsar el trabajo conjunto y compartido entre los médicos de familia y pediatras con el personal de enfermería.

Reorganización de la actividad de los profesionales que integran el equipo de atención primaria orientado a mejorar la resolución y la efectividad de su trabajo. Establecer como sistema de organización Funcional de los EAP las Unidades Básicas Asistenciales (UBAs) e incluirán a profesionales médicos de familia, pediatras y personal de enfermería y atenderán a un mismo conjunto poblacional definido garantizando la coincidencia horaria entre ellos.

- Potenciar la accesibilidad de la población a las consultas de enfermería mediante la implementación de la consulta de enfermería a demanda .Se ha elaborado recientemente un documento en el que han participado profesionales médicos y de enfermería de los EAP así como miembros de los equipos directivos de los departamentos y de la Conselleria de Sanidad. En este documento se recogen las líneas estratégicas básicas que permita la normalización de esta consulta de enfermería. Identificación unívoca enfermería-usuario desde los Sistemas de Información Sanitaria e Historia Clínica informatizada.
- Protocolos de actuación en las unidades de admisión (UA), definiendo la misión, visión y valor de estas unidades que permita la unificación y normalización de las tareas mediante su protocolización, garantizando así la orientación al Cliente de estas Unidades, la resolución de labores administrativas repetidas que permitan el disminuir actos médicos no generados por necesidad clínica, mediante tareas de gestoría interna.
- Potenciar las unidades administrativas y de atención al paciente mediante la creación de una nueva categoría profesional, el personal de servicios generales. Personal polivalente con funciones correspondientes a las actuales categorías de auxiliar administrativo y celador. Reorientación, organización e impulso de las actuales Unidades Administrativas hacia su transformación en las necesarias Áreas de Atención al Ciudadano, dotándolas de los recursos suficientes para que toda la función administrativa que ahora efectúan los profesionales sanitarios la desempeñen estas Áreas y para que, al mismo tiempo, atiendan las demandas de los ciudadanos.
- Adaptación de las tareas de los auxiliares de enfermería al nuevo marco organizativo del EAP
- Impulsar medidas para desburocratizar las consultas: Actualmente, las actividades burocráticas representan una gran carga de trabajo en la consulta del facultativo, por ello y siguiendo con la línea emprendida por el Proyecto Abucasis II, se impulsarán desde la Conselleria de Sanitat y desde cada Departamento de Salud, todas aquellas iniciativas y cambios organizativos encaminados a detraer de las consultas médicas tareas administrativas y burocráticas que posibiliten incrementar la disponibilidad de tiempo asistencial por paciente. Antes de finalizado el tercer trimestre de 2007 se creará un Grupo Técnico de Trabajo formado por personal de servicios centrales, Departamentos de salud y Sociedades Científicas que elaborará este Plan cuyas medidas se harán efectivas no después de finalizado el segundo trimestre de 2008.
- La Conselleria está abierta a experimentar con carácter piloto nuevas fórmulas de autogestión, organización y autofinanciación en Atención Primaria, dentro del marco de la sanidad pública, con un programa de evaluación de las mismas.
- Contemplar las dedicaciones parciales (temporales o permanentes) en función de la legalidad vigente.

## **IMPULSAR POLITICAS DE COORDINACION Y COMUNICACIÓN ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.**

- Promover que en los departamentos se establezcan objetivos asistenciales así como de evaluación de resultados en salud para atención primaria y especializada conjuntos.
- Favorecer la realización de jornadas de integración a nivel de los departamentos
- Garantizar la integración de los sistemas de información entre ambos niveles de atención y recordar la obligación de responder por escrito las interconsultas.
- Asegurar la adecuada participación en las Comisiones del Departamento (bioética, investigación, docencia, etc.) de profesionales sanitarios de los dos niveles de atención.
- Garantizar el contacto telefónico y mediante correo electrónico entre los especialistas hospitalarios y los de Atención Primaria, de tal manera que el médico de familia o pediatra de Atención Primaria sea informado de los ingresos de sus pacientes.
- Promover que en los Departamentos se establezcan objetivos asistenciales así como de evaluación de resultados en salud para Atención Primaria y especializada conjuntos.
- Impulsar la elaboración e implementación de protocolos de integración de los problemas de salud más relevantes.

## **RETRIBUCIÓN DE LA SOBRECARGA DE TRABAJO DERIVADAS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DE OTRO CUPO**

Por acuerdo de 14 de julio de 2006 se reguló la cobertura de la asistencia sanitaria a los usuarios mediante el refuerzo y las sustituciones en los equipos de atención primaria durante el periodo estival. El normal funcionamiento de los EAP, también encuentra dificultades en otros momentos del año, habida cuenta de la escasez de personal existente en las listas de empleo temporal, por ello se hace necesario ampliar el citado acuerdo, para aplicarlo solo en horario complementario (horario distinto al que tenga asignado el puesto principal), el resto del año y a criterio del coordinador de la zona básica de Salud. Consolidación en plantilla de los contratos de acumulos de tareas estructurales.

## **DOTAR DE CIERTA AUTONOMÍA PRESUPUESTARIA A LOS EAP**

Dentro de la línea de facilitar la participación y la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios se potenciará, desde los departamentos de salud, la autonomía de los EAP asignándoles un presupuesto anual, basado en sus características y en un histórico, que contemple sustituciones por permisos, vacaciones y bajas laborales de corta duración para que lo gestione el responsable del equipo.

## **OTRAS PROPUESTAS**

- Aplicación de medidas de prevención de los riesgos laborales, asegurando un medio de trabajo que minimice las situaciones de sobrecarga crónica física y psíquica, con especial atención a las profesionales gestantes y a aquellos que por enfermedad o edad así lo requieran. Puesta en marcha de instrumentos eficaces dirigidos a disminuir la incidencia y gravedad de las agresiones que sufren los profesionales de la salud.
- La Administración deberá seguir tomando las medidas oportunas para fidelizar a los profesionales en nuestra Comunidad.
- En la medida en que se desarrolle para los profesionales de enfermería la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, la Administración velará por la incorporación progresiva de estos profesionales en la atención primaria.

Se creará una comisión de seguimiento de las propuestas realizadas y que se convocará, con carácter anual, reuniones para revisar el grado de cumplimiento del presente documento.

**“LA SANIDAD EN UN ENTORNO COMPETITIVO” por José Barea**

La protección social no puede considerarse aisladamente, sino integrada en el conjunto de la economía. En un mundo globalizado como el que ya estamos viviendo, las barreras comerciales que todavía subsisten irán desapareciendo. Siete grandes áreas económicas quedarán en el futuro: Estados Unidos de América, Unión Europea, China, Japón, India, Rusia, y América del Sur. La competencia será muy fuerte y, como ya está sucediendo, las áreas menos desarrolladas, que tienen salarios muy bajos, con gran abundancia de mano de obra y apenas protección social, inundan los mercados internacionales con productos de escaso valor añadido, pero a unos precios que desplazan a los que venían produciendo los países desarrollados.



Tal hecho nos dice que en el futuro los países desarrollados tendrán que especializarse en productos de alta tecnología con fuerte valor añadido o tendrán que reducir sus costes salariales y de protección social. Como esto último será prácticamente imposible, España tendrá que adoptar un modelo de desarrollo competitivo, no con los países emergentes, sino con los países de la Unión Europea y con Estados Unidos y Japón.

Desgraciadamente nuestro modelo de desarrollo es poco competitivo y está orientado hacia la demanda interna, como lo demuestra el fuerte déficit de la balanza comercial, algo más del 8% del PIB en 2006, que ha ido creciendo desde 2001. Pero el cambio del modelo productivo no se hace por Decreto, sino por la mejora en la gestión de los factores que incrementan la producción. La productividad pone de manifiesto la eficiencia en el uso de los factores de producción, tanto del capital humano como de capital tecnológico y de capital físico; a medida que esta eficiencia es mayor, los costes unitarios de producción serán menores, lo que da lugar a un aumento de la productividad y, por tanto, de la competencia internacional.

En este entorno económico de desarrollo competitivo, que tanto el poder público como la empresa tendrán que impulsar con gran velocidad, es en el que vamos a insertar la prestación sanitaria futura, en el bien entendido que si lo primero no se consigue, la sanidad futura no será viable financieramente, ni siquiera con las reformas que proponemos.

La salud es uno de los bienes más apreciados por los individuos, y cuando se llega a su mayor consumo se multiplica por 4 o 5, lo que haría imposible que se financiara por los mayores, cuya renta experimenta una fuerte caída; en definitiva su financiación tiene que correr a cargo de los entes públicos. Dos retos va a tener la prestación sanitaria en el futuro: el demográfico y el de equidad. Respecto al primero diremos que es a partir de 2011 cuando la población de 65 años y más empezarán a crecer fuertemente en la década 2011-2020 en el entorno de 700.000 personas, en la de 2021-2030 el envejecimiento se acentuará en más de 1.400.000 personas y en la década de los treinta el aumento es de casi otro millón y medio de personas.

Según estimaciones de la OCDE el gasto en sanidad representará en 2050 dos puntos del PIB más que en la situación actual, a los que habría que añadir la subida de 8 puntos en la participación de las pensiones, que desestabilizará totalmente las finanzas públicas, con un déficit que sobrepasaría el 10% del PIB.

Para la contención del gasto en sanidad es necesario implantar por el Gobierno un conjunto de medidas que, a mi juicio, podrían ser las siguientes. En primer lugar hay que partir del principio de que todo gratis para todo el mundo, cualquiera que sea su nivel de renta, es imposible y por tanto, aunque se trata de una prestación universal, hay que tener en cuenta los niveles de renta y, en función de las mismas, establecer copagos aunque la equidad se deteriore.

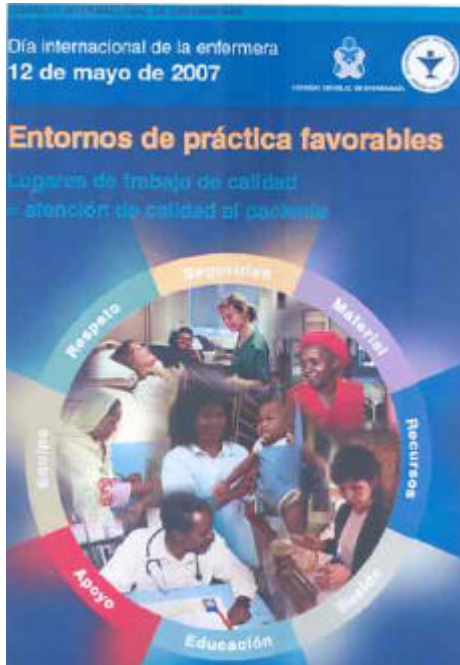
Este tema ha sido muy discutido, aunque en la mayor parte de los países de la Unión Europea está establecido, aunque solo sea en algunos casos para evitar consumos innecesarios. Las personas de muy baja renta estarían exentas del copago. Otra fuente de ahorro puede venir de una mejora en la gestión. La introducción en la sanidad de un mercado regulado, donde compitan agentes públicos y privados, donde se determinen públicamente las prestaciones que se financian por la Administración Pública y su nivel de calidad, será un aliciente para una reducción de costes sin perjuicio de la calidad.

Creo sin embargo que la verdadera revolución tiene que venir de trasladar al sector privado el riesgo que conlleva la producción del servicio sanitario. Como ya hemos dicho con anterioridad, la provisión (financiación) tiene que ser pública, pero ello no conlleva que automáticamente la producción tenga que ser pública. La interposición entre los agentes públicos y los agentes productores (públicos y privados) de una empresa privada (el asegurador), daría lugar al traslado del riesgo desde los financiadores al asegurador. Para elegir al asegurador en cada Comunidad Autónoma se sacaría a concurso; al adjudicatario percibiría de la Comunidad Autónoma correspondiente la prima resultante del concurso. La Administración conocería así desde el primer momento la cuantía exacta del gasto en sanidad de su Comunidad Autónoma

En España se han utilizado dos modelos para la colaboración de los sectores públicos y privados en la construcción y explotación de hospitales para la prestación sanitaria: el modelo Alcira y el modelo de la Comunidad Autónoma de Madrid, que están conforme con lo dispuesto en la decisión de Eurostat sobre el déficit y la deuda pública. El modelo MUFACE para la prestación sanitaria a funcionarios públicos es un modelo de aseguramiento privado que, al igual que los de Alcira y Comunidad de Madrid, trasladan al sector privado el riesgo del gasto sanitario. En los modelos expuestos la financiación sigue siendo pública, pero el riesgo de la producción del servicio sanitario se traslada al sector privado, con lo cual la Administración conocerá de manera cierta la cuantía del gasto en sanidad.



## EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA CONMEMORA EL “DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA” (12 DE MAYO) CON UN MANUAL SOBRE “ENTORNOS DE PRÁCTICA FAVORABLES”



Estimado amigo:

El próximo sábado 12 de mayo se celebra en todo el mundo el Día Internacional de la Enfermería, una fecha en la que se conmemora el nacimiento de Florence Nightingale (1820-1910) considerada por la profesión como la creadora del actual modelo de enfermería moderno. Coincidiendo con esta celebración, cada año, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) - organismo internacional con sede en Ginebra que agrupa a todos los Consejos de Enfermería existentes en el mundo, y entre ellos en nuestro- dedica esta jornada a difundir de forma global un tema de especial trascendencia para la salud de las personas y relacionado con la profesión.

Para el año 2007 se ha elegido como tema de difusión la necesidad de que los profesionales sanitarios dispongan de un entorno de trabajo favorable y seguro para poder desarrollar una asistencia sanitaria con todas las garantías de seguridad

para el paciente y para sí mismos. Para ello, las organizaciones de enfermeras de todo el mundo han elegido como lema para este día *"Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente"*. Aunque esta idea pueda parecerle algo obvia, en la documentación que te enviamos podrás comprobar que todavía hay mucho camino por recorrer en la mejora de los entornos donde se realiza la prestación sanitaria.

Como herramienta de información y difusión social se ha elaborado un completo dossier de prensa que acompaña a esta carta. En este documento se desarrollan distintos apartados que exploran las relaciones entre los profesionales sanitarios y su lugar de trabajo, los factores coincidentes que conforman los entornos laborales de las enfermeras, las terribles consecuencias que suponen los lugares de trabajos no saludables, y las características y ventajas de los entornos positivos para la práctica profesional.

Además, se incluyen una serie de posicionamientos del CIE relacionados con la seguridad de los profesionales y que son coincidentes con las posiciones que ha venido manifestando el Consejo General de Enfermería, tales como la prevención de los pinchazos accidentales y de exposición a enfermedades de transmisión sérica mediante la introducción de dispositivos de bioseguridad, la erradicación de las agresiones a los profesionales sanitarios, la escasez de personal, o la necesidad de especialización y reconocimiento. Se trata de iniciativas que repercuten directamente en un incremento de la calidad asistencial a los pacientes así como de su seguridad.

Esperando que esta información sea de tu interés, me pongo a tu disposición para resolver cualquier duda o planteamiento que pueda surgirte. Asimismo, aprovecho la ocasión para enviarte un afectuoso saludo.



## ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MÁLAGA

### El viernes finaliza en el Colegio de Médicos el IX Curso de Antropología Médica y la I Semana de la Solidaridad

- **Hoy a las 20.30 horas habrá una subasta benéfica de pintura**

El IX Curso de Antropología Médica y la I Semana de la Solidaridad finalizan el viernes en el Colegio de Médicos de Málaga, desde que comenzaron el pasado lunes. La I Semana de la Solidaridad, organizada por la Oficina de Cooperación al Desarrollo del Colegio y Club Médico, tiene como objetivo la difusión de la importante labor que realizan los colectivos participantes, así como la sensibilización a la población para que colaboren con las entidades que ayudan a los más necesitados. Las mesas informativas de la I Semana de la Solidaridad, que se pueden visitar diariamente a partir de las 19.00 horas, ocupan el patio central del Colegio de Médicos, la sala de exposiciones, la cafetería y la Sala del Dr. Gálvez, donde se desarrollan además actividades interactivas y de animación. Entre las organizaciones presentes destacan las ONG's Médicos Sin Fronteras, Medicus Mundi, Médicos del Mundo, Cáritas o Tierra de Hombres, por citar algunas. Asimismo, por parte de las asociaciones de enfermos acuden, entre otras, la Asociación de Diabéticos de Málaga, la Asociación de Mujeres Operadas de Cáncer de Mama y la Asociación contra la Fibrosis Quística. Mañana jueves 26 de abril a las 20.30 horas, la Sala de Exposiciones del Colegio acogerá una subasta benéfica de pintura. El dinero obtenido de la venta de los lienzos, donados por las ONG's y asociaciones que participan, se destinará íntegramente al colectivo que corresponda.

#### **IX Curso de Antropología**

El IX Curso de Antropología Médica, bajo el lema *El hombre y sus emociones* y la dirección del Dr. José María Porta Tovar, consta de cinco ponencias que se están celebrando diariamente a las 19.00 horas en el Salón de Actos del Colegio de Médicos. Éstas son las que quedan:

#### **25 de abril de 2007**

- **El cerebro y el alma**

Dr. José M<sup>a</sup> Porta Tovar. Psiquiatra.

Director de la Oficina de Cooperación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga

#### **26 de abril de 2007**

- **El sentimiento religioso y la experiencia de Dios**

Profesor Ignacio Núñez de Castro

Catedrático de Biología Molecular (Universidad de Málaga)

#### **27 de abril de 2007**

- **Neurobiología de los sentimientos**

Dr. José Antonio López Rodríguez

Psiquiatra y antropólogo Hospital Militar "Gómez Ulla" (Madrid)

## VI SESION AULA MONTPELLIER

Hoy día 26 de Abril tendrá lugar la VI Sesión, del VII Ciclo del Aula Montpellier en la que la Dra. M<sup>a</sup> Jesús Pérez Echeverría, impartirá una conferencia titulada: “ Estrés y la Vida : Síndrome de Burn Out “

El Burn Out, o síndrome de “estar quemado”, se refiere a un estado de agotamiento emocional, físico y mental grave, en el que la persona se derrumba a causa del cansancio psíquico o estrés que surge de la interacción social y ante una rutina laboral.

Esta situación se ha ido produciendo durante un largo periodo de tiempo, y finalmente la persona se encuentra en un estado de incapacidad para seguir trabajando. Acostumbra a presentarse en personas que por su profesión acostumbran a ocuparse de los demás, como por ejemplo en el sector de la salud y de la educación

La Dra. M<sup>a</sup> Jesús Pérez, Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet y gran conocedora del tema, nos planteará la situación actual y todo aquello concerniente a este síndrome, muy de moda hoy en día.

El VII Ciclo de conferencias del Aula Montpellier tiene como objetivo crear un foro de información y divulgación de temas de interés científico y médico que faciliten el acceso a la formación continuada y el intercambio de ideas entre los profesionales del sector, sin olvidar la proyección social y humanística de la medicina.

**Día** 26 de abril de 2007

**Hora:** 19 h. 45m.

**Ciclo:** VII Ciclo Aula Montpellier

**Conferenciante:** Dra. M<sup>a</sup> Jesús Echevarria

**Lugar :** Salón de Actos Clínica Montpellier

**Dirección:** Vía de la Hispanidad, 37 – 50012 ZARAGOZA

## **LA FACTURA FARMACÉUTICA DE MARZO SUBRAYA EL FRACASO DE LOS PRECIOS DE REFERENCIA**

Los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la evolución del gasto farmacéutico en el pasado mes de marzo, en que entraron en vigor los nuevos precios de referencia, revelan el fracaso de éstos pues, aunque el crecimiento del mismo, con respecto al mismo mes de 2006, fue del 0,6%, se debió al crecimiento del precio medio de la receta prescrita, que experimentó un crecimiento del 1,6%, y no del aumento del número de recetas, que registró un crecimiento negativo del menos 0,89%. Estos evidencian que, como viene reiterando ADEFARMA, Sanidad ha obviado el poner en marcha medidas estructurales y, sobre todo, la potenciación del mercado de genéricos a través de la prescripción por principio activo.

## **PROGRAMA FORMATIVO DE ADEFARMA**

ADEFARMA ha cerrado ya su programa formativo para este año que constará de dos cursos presenciales (uno de gestión de oficina de farmacia y el otro sobre desarrollo de habilidades para equipos de trabajo en la oficina de farmacia) y otros dos a distancia (gestión de stocks y compras y otro, sobre presente y futuro de la vacunación). El primero de cursos presenciales se desarrollará entre mayo y junio y el segundo en octubre con un máximo de 15 alumnos cada uno y los dos a distancia se llevarán a cabo entre mayo y julio siendo el número de participantes de 50 y 59 respectivamente. Por otro lado, el 10 mayo está prevista una conferencia sobre la Comunicación Multimedia para la Oficina de Farmacia, que tendrá lugar en la sede de ADEFARMA.

## **TODO LISTO PARA LA EXPERIENCIA PILOTO DE RECETA ELECTRÓNICA EN MADRID**

A partir del próximo 3 de mayo, se inicia el proyecto piloto de receta electrónica en cuatro oficinas de farmacia de Móstoles, antes de su generalización en toda la Comunidad de Madrid, algo que se quiere sea una realidad a lo largo de este mismo año.

## **ASPECTOS SOREPARENTES DEL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

ADEFARMA, al volver a informar sobre el desabastecimiento de determinados medicamentos que, de forma creciente, vienen registrando las oficinas de farmacia, quiere llamar la atención sobre algunos aspectos llamativos de la situación. Después de haber dejado constancia del modo de actuar discriminatorio de la multinacional Janssen-Cilag, hoy quiere dejar constancia de lo relacionado con el antidepresivo Tryptizol (Amitriptilina), del que se registran faltas continuas. A principios del mes de enero, y ante las denuncias sobre el desabastecimiento de este medicamento, la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) aseguró que el problema era consecuencia de la irregularidad en la obtención de uno de los excipientes de la formulación y que el problema estaría solucionado a finales de ese mes. Han pasado tres más y persiste.

## **ELECCIONES A LA COMUNIDAD DE MADRID**

Ante las próximas elecciones autonómicas en la Comunidad de Madrid el 27 de mayo, esta Asociación al igual que hace 4 años en las mismas, tiene intención de celebrar una Mesa Redonda el día 22 de mayo, con representantes de los principales partidos políticos de la CAM, con el objeto de que nos expongan, al colectivo de Asociados sus principales referencias de actuación en torno a la Sanidad y más concretamente sobre la Oficina de Farmacia. Para que dicha Mesa sea una realidad ya se están manteniendo los primeros contactos con los responsables políticos de los partidos en la idea de avanzar en la organización de dicho acto. De todas formas una vez que la Mesa Redonda este absolutamente definida se os comunicara la hora y el lugar del acontecimiento.

## **PESPUNTE: ACTUALIZACIÓN DE TRAMOS**

*Desde Adefarma, nos preguntamos que pasa con la actualización de los tramos publicados en el Real Decreto de 2004, pues no se adaptan cada año con la subida del IPC, sin embargo, la farmacia se ve sometida al incremento del IPC en todos los gastos de su actividad dando lugar a pérdidas económicas.*

## **El vicepresidente de la Comisión Europea, Günter Verheugen, saluda la aprobación del Reglamento sobre medicamentos para terapias avanzadas en el Parlamento Europeo**

Today, the European Parliament voted on a Commission proposal to regulate new medical products based on genes, cells and tissues. These advanced therapies herald revolutionary treatments of a number of diseases or injuries, such as skin in burn victims, Alzheimer, cancer or muscular dystrophy. But harmonised EU rules are urgently needed to ensure uniform patients' access to treatments and support the development of this emerging biotechnology industry. Today the Parliament endorsed the Commission intention to address all advanced therapies within a single European framework, and introduced a compromise package of amendments designed to further improve the text without altering its fundamental elements. The compromise package is fully acceptable to the Commission, and will now be examined by the Council of Member States.

Commission Vice President Günter Verheugen stated: *"I am very pleased that the European Parliament approved the compromise package. Today's Parliament vote paves the way for an early adoption of this eagerly-awaited Regulation, which patients and industry have been waiting for too long. With this Regulation, we unleash the EU potential for innovation, often driven by SMEs, while respecting Member States decisions on ethical concerns."* Advanced therapies open revolutionary ways of medical treatment, but the current lack of an EU-wide regulatory framework leads to divergent national approaches which hinders patients' access to products, hampers the growth of this emerging industry, and ultimately affects the EU competitiveness in a key biotechnology area. The Commission proposed an EU Regulation on all advanced therapies in November 2005. The objectives are to ensure the free movement of advanced therapy products within Europe, facilitate access to market and foster the competitiveness of European companies in the field, while guaranteeing the highest level of health protection for patients. Main elements of the Regulation:

- A centralized marketing authorization procedure, to benefit from the pooling of expertise at European level and direct access to the EU market;
- A new and multidisciplinary expert Committee (Committee for Advanced Therapies), within the European Medicines Agency (EMA), to assess advanced therapy products and follow scientific developments in the field;
- Tailored technical requirements, which are adapted to the particular characteristics of these products;
- Strengthened requirements for risk management and traceability;
- Special incentives for small and medium-sized enterprises.

### **Ethical aspects regarding advanced therapies**

Advanced therapies can raise ethical issues. There is a wide range of views on these issues in Europe. The Regulation on advanced therapies only seeks to ensure that products given to EU patients are safe and work effectively, but it does not take a position on whether products are ethically acceptable, as this is addressed by Member States through national legislation.

Therefore, the Regulation guarantees that all products given to patients meet the same harmonised EU standards, but does not affect Member States' right to reject certain products on ethical grounds.

## Fusiones: La Comisión Europea autoriza la compra de Abbott Diagnostics por parte de General Electric

The European Commission has cleared under the EU Merger Regulation the proposed acquisition of Abbott Laboratories' in vitro diagnostics business (Abbott Diagnostics) by General Electric Company (GE) of the US. US based Abbott Diagnostics is one of the world's leading suppliers of in vitro diagnostic (IVD) products to the healthcare profession. GE is also active in the healthcare sector. After careful examination, the Commission concluded that the transaction would not significantly impede effective competition in the European Economic Area (EEA) or any substantial part of it.

GE is a diversified industrial corporation with six primary business units: GE Infrastructure (aviation, energy etc.), GE Industrial (appliances, lighting etc.), GE Commercial Finance (insurance, loan etc.), GE Money (credit services), NBC Universal and GE Healthcare. GE Healthcare is not active in *in vitro* diagnostics but supplies an important input, liquid chromatography, which is used in the development and manufacture of IVD products.

Abbott Diagnostics is one of the world's leading players in *in vitro* diagnostics (IVD). IVD tests enable healthcare professionals to diagnose, treat and monitor a patient's health using samples of tissue, blood or urine taken from the patient's body.

The Commission investigated whether the new entity would be able to restrict its downstream IVD rivals' access to key inputs. The Commission's examination concluded that the merged entity would not have the ability or incentive to discriminate against its downstream competitors in the supply of IVD products as there are a number of credible alternative suppliers of liquid chromatography. In addition, the Commission's examination found that the transaction would not lead to a significant loss of custom for the new entity's competitors in liquid chromatography as Abbott Diagnostics is already sourcing from GE and there are other significant customers, both within the IVD sector and in other areas, including the pharmaceutical and biotechnology industries, where sales of liquid chromatography are more significant.

## Results Announcement for the first quarter 2007

### GSK reports first quarter EPS growth of 14% CER (2% reported)

- **GlaxoSmithKline plc (GSK) today announces its unaudited results for the first quarter ended 31st March 2007**

FINANCIAL RESULTS				
	Q1 2007	Q1 2006	Growth	
	£m	£m	CER%	£%
<b>Turnover</b>	<b>5,592</b>	<b>5,813</b>	4	(4)
Operating profit	2,166	2,174	11	-
Profit before tax	2,143	2,170	10	(1)
<b>Earnings per share</b>	<b>27.0p</b>	<b>26.5p</b>	14	2

#### SUMMARY\*

- **Pharmaceuticals up 3% to £4.8 billion, despite significant generic competition in the USA:**
  - US pharmaceuticals £2.4 billion +3%; excluding generic competition, sales were £2.2 billion up 16%
- **Seretide/Advair (+11%) and Avandia products (+19%) performed well:**
  - Recent US prescription growth increasing for both products
- **Strong Consumer Healthcare performance with sales up 9% to £786 million:**
  - *alli*, new OTC weight loss treatment approved in the USA, to be launched in June
- **EPS growth of 14% CER:**
  - Reported EPS growth impacted by weaker US dollar (Q1 2007: £1/\$1.96; Q1 2006: £1/\$1.75)
  - Other operating income £207 million (Q1 2006: £71 million) including benefit from carvedilol settlement and higher recurring royalties
- **Significant progress on five key pharmaceutical product launches expected in 2007:**
  - *Tykerb*, for breast cancer, launched in the USA in March
  - *Coreg CR*, for cardiovascular conditions, launched in the USA in March
  - *Veramyst*, for allergic rhinitis, FDA action date: 29th April
  - *Trexima*, for migraine, US filing completed in Q1; on track for H2 2007 launch
  - *Cervarix*, for prevention of cervical cancer, filed in USA; EU and ROW launches expected in H2 2007
- **New data demonstrate *Cervarix* provides 100% protection against pre-cancerous lesions associated with HPV 16 and 18 for up to 5.5 years.**
- **R&D oncology seminar announced – London 18th June 2007.**
- **First quarter dividend of 12p announced.**

**Commenting on the performance for the quarter, JP Garnier, Chief Executive Officer, said:**

“This good start to 2007 is very encouraging and further evidence that GSK’s broad portfolio, underpinned with effective cost control, will continue to deliver strong earnings performance at constant exchange rates. We have also successfully strengthened our business this quarter, with over 10 products filed, approved or launched since the start of 2007. These new opportunities, together with those in our very promising late-stage pipeline, will augment and energise further growth of GSK’s business.”



## **Rovi recibe la calificación de “Excelente” del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio por su I + D + i**

- **El Ministerio reconoce a Rovi como una de las compañías farmacéuticas que más recursos dedica a la I+D en nuestro país**
- **La compañía, de capital cien por cien español, ve reconocida su investigación científica y su apuesta por el desarrollo e innovación tecnológica**

El Ministerio de Industria, Turismo y Comercio ha concedido a Laboratorios Rovi la calificación de “Excelente” en el marco de la convocatoria del Plan Profarma 2006 de impulso a la investigación y desarrollo de la industria farmacéutica. La nueva clasificación de compañías como “excelentes”, “muy buenas”, “buenas” y “aceptables” ha tenido en cuenta los gastos e inversiones realizados en I+D de 2006 y los recursos humanos empleados, entre otros aspectos.

Para el Director General de Rovi, Juan López-Belmonte, “es un orgullo estar entre las primeras compañías que más invierten en I+D en España. Nuestro principal objetivo es desarrollar esta área, junto a los mercados internacionales”, apunta.

Actualmente Rovi está investigando en dos áreas: glicómica y tecnologías de liberación de fármacos. En la primera está desarrollando tres moléculas: RO-14, heparina de ultra bajo peso molecular; RO-15, candidata idónea para el manejo de la trombosis arterial; y RO-16, un oligosacárido con propiedades antiinflamatorias.

En las tecnologías de liberación de fármacos la compañía investiga la heparina oral para el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa, que marcaría un hito sin precedentes en el sector, y el estudio de micro y nano partículas en el Programa CENIT. Además, la compañía está construyendo un centro de I+D en el Parque Tecnológico de la Salud en Granada, que estará operativo en el primer trimestre del próximo año.

### **Laboratorios Rovi**

Rovi es una compañía farmacéutica de capital cien por cien español que ha apostado claramente por la I+D+i. Prueba de ello es la construcción de un centro de I+D en Granada y su participación en el Programa Cenit del Gobierno, en el que investiga en Nanomedicina. Rovi es líder en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa con bemiparina, una heparina de bajo peso molecular que está presente en 35 países -15 de la UE-. Además, la compañía está muy posicionada en el tratamiento de otras patologías, como la artrosis, menopausia y osteoporosis.

## **NOTA INFORMATIVA**

# **PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SEGURIDAD EN FICHAS TÉCNICAS Y PROSPECTOS DE MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS POR VÍA SISTÉMICA**

La Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios ha requerido a los Titulares de la Autorización de Comercialización (TAC) de uno o varios medicamentos que contienen anti-inflamatorios no esteroideos tradicionales por vía sistémica (ver listado en Anexo 1) actualizar las fichas técnicas y prospectos en relación con los nuevos datos sobre los riesgos asociados a estos medicamentos. La presente nota informativa tiene como objeto informar, de forma complementaria a la comunicación enviada previamente a los Titulares de Autorización de Comercialización (TAC), sobre el procedimiento a seguir para presentar la correspondiente solicitud de modificación de las condiciones de autorización.

### **1. Antecedentes:**

El Grupo de Trabajo de Farmacovigilancia (PhVWP) del Comité de Medicamentos de Uso Humano de la EMEA (CHMP), tras las medidas adoptadas sobre los Coxibs, ha continuado examinando los riesgos de los anti-inflamatorios no esteroideos tradicionales (AINE-t). Como primer resultado, ha recomendado la actualización de las Fichas Técnicas sobre los riesgos gastrointestinales, cardiovasculares y cutáneos graves, incorporando unos elementos mínimos comunes, con el fin de asegurar que la información sobre estos riesgos sea consistente en toda la Unión Europea<sup>1</sup>. Para determinados principios activos (piroxicam, ketorolaco y ketoprofeno), el CHMP ha decidido proponer a las autoridades competentes nacionales acciones específicas que permitan garantizar un balance beneficio-riesgo favorable, que hizo públicas en septiembre de 2006<sup>2</sup>.

Por otra parte, debido a la existencia de nuevos datos sobre los riesgos cardiovasculares de tipo aterotrombótico de los AINE-t, el CHMP emitió un informe al respecto en octubre de 2006, como consecuencia de un procedimiento siguiendo el Artículo 5(3) del Reglamento CE 726/2004<sup>3</sup>. A raíz de esta evaluación, el PhVWP ha adoptado una serie de recomendaciones para actualizar la información de las fichas técnicas y prospectos de estos medicamentos. Como consecuencia, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), una vez consultado su Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH), y de acuerdo con la normativa aplicable, ha iniciado los diferentes procedimientos para la actualización de la información en Fichas Técnicas y Prospectos sobre las reacciones adversas y las condiciones de uso de estos medicamentos que se consideran necesarias para minimizar los riesgos referentes a:

- Reacciones gastrointestinales, cardiovasculares (cardio-renales) y de reacciones cutáneas graves.
- Problemas aterotrombóticos arteriales<sup>3</sup>.
- Otros efectos adversos de clase de los AINE-t (riesgos relacionados con la gestación, reacciones hepáticas) que no se encuentran convenientemente incorporados en las fichas técnicas y prospectos de todos los medicamentos autorizados que contienen AINE-t por vía sistémica.

## **2. Medicamentos para los que se debe solicitar la actualización de la información de Ficha Técnica y Prospecto:**

Para los medicamentos de dispensación con receta médica autorizados en España por procedimiento nacional, que incluyen alguno de los principios activos por vía sistémica listados en el ANEXO I adjunto, se seguirá el procedimiento que se explica a continuación:

- Deberán introducirse en los apartados 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6 y 4.8 de la Ficha Técnica y en los apartados correspondientes del Prospecto los textos especificados en el ANEXO II de este escrito. El texto de este Anexo II estará disponible en formato electrónico en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: [www.agemed.es/documentos/notas\\_informativas/otras notas informativas de la AEMPS](http://www.agemed.es/documentos/notas_informativas/otras_notas_informativas_de_la_AEMPS).
- Para poder incorporar esta información a la ficha técnica y prospecto los TAC, deben presentar las solicitudes de modificación correspondientes ante este organismo antes del 30 de abril de 2007.

Para los medicamentos que se citan a continuación, ya están en marcha los procedimientos específicos siguientes, y por tanto no son objeto de la presente solicitud:

- Para los AINE-t autorizados por procedimientos europeos, los correspondientes estados miembros de referencia (incluido España, en su caso) o la EMEA, ya están solicitando las correspondientes variaciones tipo II, mediante un procedimiento expeditivo (30 días), de acuerdo con las conclusiones del procedimiento del Artículo 5(3).
- Para los medicamentos que contienen piroxicam, ketorolaco o ketoprofeno por vía sistémica, la AEMPS ya ha solicitado a los TAC correspondientes las modificaciones de las condiciones de autorización aplicables en cada caso (ver Notas informativas de la AEMPS 2006/07 y 2007/02).
- Para los medicamentos que contienen AINE-t sistémicos autorizados por procedimiento nacional como analgésicos que no requieren receta médica, la recomendación del CSMH, que la AEMPS ha hecho suya, ha sido la de que las correspondientes modificaciones en Fichas Técnicas y prospectos se pospongan para hacerlas coincidir con las que resulten de la evaluación en marcha, por parte del CSMH, de los analgésicos-antipiréticos.

## **3. Procedimiento de actualización de la ficha técnica y el prospecto para cada medicamento autorizado:**

Para el envío y tramitación de las solicitudes de modificación de las condiciones de autorización a las que se refiere esta nota deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Las solicitudes a presentar serán de modificación tipo II nº 102, excepto en el caso de que algún producto concreto se encuentre en la situación de no tener aprobada la correspondiente ficha técnica. El procedimiento en ese caso implica que la modificación a solicitar será, de acuerdo con la Circular de la AEMPS 05/2004, una Modificación tipo II, nº 500 Otras MODIFICACIONES Tipo II. (deberá señalarse, en todo caso, que el destinatario en la AEMPS es la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia).
- En el caso de que se encuentre solicitada y pendiente de resolución una modificación tipo II para la actualización de la información de la Ficha Técnica y el Propsecto, o bien para la solicitud de ficha técnica, no deberá solicitarse de nuevo si no actualizarse la documentación remitida con dicha solicitud. En este caso, se enviará una copia completa de toda la documentación, junto con la nueva propuesta de ficha técnica y prospecto, a la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, indicando este extremo en la carta de presentación.

- Las solicitudes de modificación tipo II nº 102 no requerirán adjuntar informe de experto, y no podrán solicitarse modificaciones distintas a las imprescindibles para incorporar los textos del ANEXO II a las fichas técnicas y prospectos.

Se recuerda que la actual solicitud se realiza al amparo del Art. 10.3 del Real Decreto 711/2002, de 19 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, que indica: *“cuando el titular de una autorización de comercialización de un medicamento conozca nueva información relevante que afecte a la seguridad de dicho medicamento, incluyendo su conocimiento mediante circular o notificación individualizada de la Agencia Española del Medicamento, deberá actualizar el expediente de autorización y registro con arreglo a los avances científicos y técnicos, mediante los procedimientos de modificación de las condiciones de autorización de las especialidades farmacéuticas de uso humano, incluyendo el pago de la tasa correspondiente. El incumplimiento de dicho deber podrá ser causa de suspensión o revocación, de conformidad con lo previsto en el artículo 13 del presente Real Decreto.”*

Toda la documentación relativa a dichas solicitudes de variación debe dirigirse a la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

## **ANEXO I:**

### **Medicamentos para los que se deberán solicitar las modificaciones tipo II**

Medicamentos de dispensación con receta médica autorizados en España por procedimiento nacional y que incluyen alguno de los siguientes principios activos por vía sistémica:

ACECLOFENACO,  
 ACOMETACINA,  
 ÁCIDO MEFENÁMICO,  
 ÁCIDO NIFLÚMICO,  
 BENZPIPERILONA,  
 DEXKETOPROFENO,  
 DICLOFENACO  
 FENILBUTAZONA,  
 FEPRAZONA,  
 FLURBIPROFENO,  
 IBUPROFENO  
 INDOMETACINA,  
 LORNOXICAM,  
 MELOXICAM,  
 NABUMETONA,  
 NAPROXENO  
 PROGLUMETACINA,  
 SULINDACO,  
 TENOXICAM  
 TOLMETINA ,

**EL SUBDIRECTOR GENERAL DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO**  
**Fdo: Emilio Vargas Castrillón**

---

<sup>1</sup> - EMEA/298964/05 Press release - European Medicines Agency update on non-selective NSAID. 17 Oct 2005  
<sup>2</sup> - EMEA/377567/2006: A question and answer document on ketoprofen, ketorolac and piroxicam. 26 Sept 2006  
<sup>3</sup> - EMEA Press Release: European Medicines Agency review concludes positive benefit-risk balance for non-selective NSAIDs. CHMP 24 oct 2006 (<http://www.emea.eu.int/htms/human/opiniongen/nsaids06.htm>)

**Cerca de 200 asistentes participarán hoy jueves, 26 de abril, en una nueva sesión de los “Encuentros de Innovación en Investigación en Salud”, organizados por FUINSA, apoyados por Lilly y que en esta ocasión cuentan con el respaldo del Gobierno Vasco**

## **El Instituto Vasco de Innovación y el de Investigaciones Sanitarias, dos grandes apuestas de la Sanidad vasca en materia de I+D+i**

- **Bajo el título “Euskadi: Innovación es futuro” esta jornada dará a conocer los últimos avances en materia de I+D+i del sistema sanitario vasco**

La Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA) y Lilly celebran hoy jueves, en Bilbao, una nueva sesión de los “Encuentros de Innovación e Investigación en Salud”, que se han puesto en marcha este año, con el fin de reconocer y potenciar la innovación en el área de salud de las distintas Comunidades Autónomas. En esta ocasión, la jornada se celebra bajo el título *“Euskadi: Innovación es futuro”*, y analizará la importancia que ha adquirido en los últimos años la I+D+i en el área de la sanidad vasca.

El País Vasco ha invertido 20 millones de euros en su política de investigación biosanitaria, a través del Instituto Vasco de Innovación y del de Investigaciones Sanitarias, lo que ha contribuido a mejorar Osakidetza-Servicio vasco de salud. Estas jornadas ayudarán a divulgar entre los profesionales sanitarios y la población los distintos avances realizados en materia de I+D+i en el ámbito de la salud, trasladando a los ciudadanos la importancia del compromiso de sus administraciones sanitarias.

En estos foros participan representantes de las administraciones autonómicas sanitarias al más alto nivel, así como los directores generales de sus departamentos. *El desempeño del sistema: el retorno de la inversión sanitaria; La nueva tarjeta sanitaria: de la receta electrónica a un sistema de identificación polivalente o Inventando el hospital del futuro: el centro de especialidades de alta resolución de Gernika* serán algunos de los temas a tratar en estos encuentros.

Según el Dr. Antón Herreros, “el Sistema Sanitario de Euskadi desarrolla un importante esfuerzo en las áreas de innovación e investigación sanitarias, mediante la creación del BIO eusko fundazioa/Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias”. Para Herreros, “el Gobierno Vasco está destacando en la innovación tanto de la gestión sanitaria, como de aplicación de las nuevas tecnologías y en la coordinación de la investigación entre el Gobierno Vasco, la Universidad y el sector empresarial”.

Con la celebración de estos encuentros, fruto de un convenio de colaboración entre la Fundación y Lilly firmado en el 2006, se persigue abordar la innovación sanitaria desde las distintas perspectivas autonómicas, lo que permitirá un mejor conocimiento de las necesidades de los ciudadanos, que no siempre tienen las mismas prioridades en materia de salud.

Para el Dr. Herreros, con la organización de estos foros se quiere demostrar la importancia de que actualmente “las CCAA tengan competencias fundamentales en el ámbito de la Sanidad, lo que ha permitido que éstas asuman el reto constante de la mejora de sus sistemas”. Según Herreros, “los ciudadanos deben ser conscientes del la trascendente tarea que están realizando sus gestores sanitarios llevando a cabo estas políticas”.

El director de FUINSA señala que “poner en marcha un proyecto como éste sería impensable sin la colaboración de una empresa con una clara vocación de innovar como Lilly, que demuestra su compromiso con la I+D+i”.

Según el presidente de Lilly, Javier Ellena, quien muestra su satisfacción por esta línea de colaboración iniciada con FUINSA, “gracias a estos encuentros, los agentes implicados en el proceso de la innovación en temas de Salud pueden poner en común sus áreas de conocimiento”.

### **Los encuentros de Aragón y la Región de Murcia reunieron a más de 200 profesionales del ámbito sanitario**

Los anteriores “Encuentros de Innovación e Investigación en Salud”, celebrados en Zaragoza y Murcia, reunieron a más de 200 profesionales sanitarios, demostrando la relevancia que ha adquirido la I+D+i para el sector. Entre los temas que se trataron en sendas mesas redondas, destacan las *Estrategias de Gestión de la Autonomía Profesional*, los *Sistemas de Alerta en Salud*, *La contribución de las TICs al desarrollo de las organizaciones sanitarias* y *Una estrategia innovadora para el desarrollo de las infraestructuras sanitarias en la Región de Murcia*

### **La Fundación para la Investigación en Salud, FUINSA**

Nace con la clara vocación de contribuir al desarrollo de las Ciencias de la Salud. Desde su creación en 2001, la Fundación se propone fomentar la investigación biomédica; promover y divulgar avances científicos, técnicos y sanitarios; y contribuir decididamente a la mejora de la calidad en la asistencia socio-sanitaria.

### **Lilly**

Una compañía líder en innovación, está desarrollando un conjunto de medicamentos líderes en su especialidad, aplicando las novedades tecnológicas más actuales en sus laboratorios de todo el mundo y colaborando con diferentes organizaciones científicas de reconocido prestigio. Con su central en Indianápolis, Indiana (Estados Unidos), Lilly proporciona respuestas –a través de fármacos e innovación – a algunas de las necesidades médicas más urgentes del mundo actual. Para más información visite [www.lilly.es](http://www.lilly.es).

## Merck Serono obtiene la certificación como *Empresa Familiarmente Responsable*

- “La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) es uno de los pilares que guían y dan sentido a la actividad de Merck Serono. De hecho, siempre hemos sido una Compañía fuertemente comprometida con la conciliación de la vida familiar y laboral por lo que nos enorgullece especialmente la certificación”, afirma Laura González-Molero, Presidente y Consejero Delegado de Merck en España.
- Mediante la certificación se reconoce la calidad de las políticas de conciliación de la división biotecnológica de la compañía Merck KGaA en España, que abarcan una gran variedad de acciones de flexibilidad laboral, apoyo a la familia, formación e integración e igualdad de oportunidades de los trabajadores.

Merck Serono ha obtenido la certificación como *Empresa Familiarmente Responsable*, otorgada por la Fundación +familia. De esta forma se reconocen las iniciativas de la Compañía farmacéutica para la conciliación de la vida laboral y familiar y el apoyo a la igualdad de oportunidades de sus trabajadores.

“La Responsabilidad Social Corporativa es uno de los pilares que guían y sobre los que se asienta la actividad empresarial de nuestra compañía”, afirma Laura González Molero, Presidente y Consejero Delegado de Merck en España, que añade: “En particular, siempre hemos sido una Compañía fuertemente comprometida con nuestros empleados, sean hombres o mujeres, con su desarrollo profesional y con la conciliación de la vida familiar y laboral, porque sin ellos sería imposible tener éxito en un entorno tan competitivo como el actual. Por ello, nos enorgullece especialmente la certificación”.

Por su parte, Roberto Martínez Fernández, director de Fundación +familia, destaca que “con el certificado de *Empresa Familiarmente Responsable* (efr®) se pretende incentivar a las empresas para que se impliquen en la generación de una nueva cultura del trabajo, que permita una eficaz armonía entre la esfera laboral, personal y familiar de sus trabajadores, como consecuencia de la implantación de políticas de flexibilización horaria y espacial, con posibilidad de trabajar desde casa y adaptar la jornada a las necesidades familiares; calidad en el empleo, apoyo profesional, apoyo a la familia y a la maternidad/paternidad, e integración laboral de los colectivos más desfavorecidos, políticas, todas ellas, sustentadas en un liderazgo y estilo de dirección comprometido”.

### Amplias políticas de conciliación

Merck Serono está comprometida con el desarrollo de sus trabajadores y este compromiso va más allá de lo meramente profesional ya que incluye un gran número de medidas orientadas al desarrollo personal y familiar, como se demuestra mediante esta certificación. La compañía pone a disposición de sus empleados un amplio abanico de políticas activas de flexibilidad que facilitan la conciliación de la vida familiar y laboral y que son acogidas de manera excelente por los propios empleados.

“Dentro del marco de apoyo al desarrollo profesional, el 100% de nuestros empleados tiene acceso a un plan de formación anual e igualmente hemos diseñado e implementado un plan de retención del talento. Tenemos políticas de integración e igualdad de oportunidades y, de hecho, colabora con nosotros una persona con Síndrome de Down, subcontratada en las oficinas para la realización de tareas de conserjería”, apunta Laura González-Molero.

## Referencia en RSC

Las políticas de conciliación de Merck Serono son una de las claves que han convertido a la división biotecnológica de la compañía Merck KGaA en toda una referencia en la RSC. “Es importante destacar que en el caso de Merck Serono, las acciones de RSC que se realizan parten de la concienciación social de todos sus integrantes, porque creemos que las acciones que calan en los propios empleados son esenciales para los buenos resultados de la Compañía y para el compromiso explícito del trabajador. Uno de nuestros objetivos es que los empleados se sientan orgullosos de trabajar en Merck Serono”, afirma Laura González-Molero.

La iniciativa de *Empresa Familiarmente Responsable* es un movimiento internacional que dentro de la RSC, se ocupa de avanzar y dar respuestas en materia de responsabilidad y respeto a la conciliación de la vida familiar y laboral, al apoyo en la igualdad de oportunidades y a la inclusión de los más desfavorecidos. En la actualidad, Fundación +familia, que cuenta con una gran presencia en los principales foros de RSC tanto en el ámbito nacional como internacional, es la propietaria del esquema privado de certificación efr®.

Con la certificación de Merck Serono, la firma se une al selecto club de compañías españolas que desde 2005 han sido consideradas familiarmente responsables y que incluye a Ferrovial, Iberdrola, Sanitas, Cintra, Banesto o Mutua Madrileña.

## Acerca de Merck

Merck es una compañía global farmacéutica y química con unas ventas de 6.300 millones de euros en 2006, cuya historia empezó en el año 1668 y cuyo futuro están forjando 35.000 empleados (incluyendo Merck Serono) en 56 países. Su éxito se basa en innovaciones creadas por colaboradores con espíritu emprendedor. Merck agrupa sus actividades bajo Merck KGaA, cuyas acciones pertenecen a la familia Merck en un 70% aproximadamente. El 30% restante cotiza en Bolsa. La antigua filial norteamericana Merck & Co. fue expropiada en 1917 y desde entonces es una compañía independiente.

Merck Serono es la división de Merck KGaA (Darmstadt, Alemania), que combina la antigua división Merck Éticos con las actividades de Merck Serono S.A. (Ginebra, Suiza).

## Acerca de Fundación +familia

Fundación +familia nace en el 2003, es una organización privada, independiente, sin ánimo de lucro y de carácter benéfico, creada y dirigida para aportar soluciones innovadoras y altamente profesionales, donde se enmarca el certificado efr®, para la protección y apoyo de la Familia, y especialmente de aquéllas con dependencias (menores, mayores, personas con discapacidad, etc.) en su seno. La Fundación también desarrolla acciones que, desde los diversos ámbitos de la vida –económico, educativo, laboral, etc.-, supongan una mejora de la calidad de vida y bienestar de las familias, en contraprestación al importante papel que juegan como elemento de cohesión social.



## **EXPERTOS DE LA FDA HAN RECOMENDADO, POR UNANIMIDAD, LA APROBACIÓN ACELERADA DE MARAVIROC PARA TRATAR EL VIH**

Con 12 votos a favor y ninguno en contra, el Comité Asesor de Medicamentos Antivirales de la agencia estadounidense del medicamento (*Food and Drug Administration -FDA-*, en sus siglas en inglés) ha recomendado la aprobación acelerada de maraviroc, un antagonista del CCR5, para su administración con otros medicamentos antirretrovirales, en pacientes pre-tratados infectados por el VIH -1 con tropismo CCR5.

Aunque la recomendación del Comité de Expertos de la FDA no es vinculante, sí será considerada por la agencia estadounidense a la hora de tomar su decisión final.

En caso de aprobarse, maraviroc, un medicamento de la compañía biomédica Pfizer, será el primero de una nueva clase de medicamentos orales para el tratamiento de la infección por el VIH que se autoriza en más de una década.

Se trata del primer medicamento oral de una nueva clase terapéutica, los antagonistas del co-receptor CCR5 que, en lugar de luchar contra el virus desde el interior de los linfocitos, impide su entrada en las células no infectadas, al bloquear la principal ruta de acceso, el co-receptor CCR5.

La reunión del Comité Asesor de Medicamentos Antivirales de la FDA, celebrada ayer, se produjo por el anuncio de revisión acelerada por parte de esta agencia, así como de la europea (EMA) el pasado mes de febrero. Esta petición está basada en los resultados de eficacia y seguridad de maraviroc demostrados en los ensayos clínicos *Motivate 1* y *Motivate 2*, en fase III, en los que participan un millar de pacientes infectados con VIH-1, con tropismo CCR5, que reciben su tratamiento optimizado con o sin maraviroc.

Según estos estudios, a las 24 semanas de tratamiento, al menos el doble de los pacientes tratados con maraviroc demostró una carga viral indetectable en sangre, en comparación con quienes sólo recibieron su tratamiento de base óptimo. Además, ambos grupos presentaron un índice de discontinuación por efectos secundarios similar.

En los pacientes tratados con maraviroc no se detectó un aumento significativo de hepatotoxicidad, malignidad o mortalidad. Sí se produjeron ligeros incrementos de infecciones de las vías respiratorias superiores, herpes simple y acontecimientos isquémicos que, en cualquier caso, no superan las tasas observadas en pacientes pre-tratados con otros medicamentos.

Para la reunión, el Comité Asesor de la FDA ha contado con los datos de seguridad preliminares de los estudios *Motivate 1* y *Motivate 2*, a las 24 semanas. A lo largo de 2007, Pfizer presentará los resultados a las 48 semanas.



## **AstraZéneca ha decidido poner en marcha el Programa de Actualización Clínica en Gastroenterología Yamada**

- **El programa cuenta con una acreditación de 12,6 créditos de la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Sanidad**
- **El Programa de Actualización Clínica en Gastroenterología Yamada es un ejemplo más de colaboración útil entre la industria farmacéutica y los especialistas**

La compañía farmacéutica AstraZéneca ha decidido poner en marcha el Programa de Actualización Clínica en Gastroenterología Yamada. Se trata de una actividad que incorpora y actualiza todos los aspectos de diagnóstico y tratamiento de forma práctica y concisa y, representa una herramienta de consulta para el manejo de las enfermedades gastrointestinales.

Este programa, que cuenta con una acreditación de 12,6 créditos de la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Sanidad, tiene como coordinadores a los doctores José Luis Calleja, Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid), Ricardo Moreno, Hospital Universitario de La Princesa (Madrid), Antoni Castells, Hospital Clinic i Provincial (Barcelona) y Julio Ponce, Hospital Universitario La Fe (Valencia).

Para el doctor Calleja, el Programa Yamada “expone de una manera resumida el manejo diagnóstico y terapéutico de las diferentes enfermedades del aparato digestivo. Es por tanto, un manual práctico y actualizado, muy útil para el especialista”. Por su parte, el doctor Castells destaca “el grado de actualización del programa, el enfoque práctico del mismo, y la aproximación integradora de conocimientos que representa”.

Además, los coordinadores del proyecto destacan de este programa de actualización clínica en gastroenterología que “constituirá una herramienta muy útil para el médico en formación, ya sea estudiante de medicina o residente de aparato digestivo u otras especialidades afines, ya sea médico asistencialista que requiere una constante formación continuada de gran nivel. A este último colectivo le puede ser especialmente útil pues, cada vez más, cada uno de nosotros disponemos de menos tiempo para la formación y este programa constituye una aproximación fácil, rápida y práctica a la misma”.

Se espera que esta iniciativa, un ejemplo de colaboración entre la industria farmacéutica y los especialistas, tenga una gran aceptación por parte de los especialistas, quienes podrán acceder al programa a través de los delegados de visita médica de AstraZéneca o de la página web [www.nexium.es](http://www.nexium.es)

Como ha destacado Julio Ponce, “mantener actualizado el nivel de conocimientos es imprescindible para prestar una asistencia médica de calidad”.



## Jornada Forética sobre Compras Responsables

# EMPRESAS Y ADMINISTRACIÓN COMPARTEN SUS PRÁCTICAS Y EXPECTATIVAS EN LA GESTIÓN RESPONSABLE DE PROVEEDORES

“La buena reputación en términos de Responsabilidad Social va a jugar un papel cualificador para el acceso a los mercados en los próximos años, tanto si hablamos del ámbito público (administraciones) como privado (entre empresas)”, según declaró el Presidente de Forética, José Manuel Velasco, en la mañana de ayer.

Por eso, Forética ha querido dedicar su segundo encuentro de su ciclo 2007 al **fenómeno de las compras responsables**, en un momento además en que el Gobierno se encuentra elaborando un Plan Nacional de Contratación Pública Verde.

Para exponer los principales avances del Ejecutivo en esta materia, la jornada de Forética ha contado con la participación de **Soledad Sanz**, Subdirectora General de Régimen Interior y Patrimonio del **Ministerio de Medio Ambiente** y Vocal de la **Comisión interministerial para la incorporación de criterios ambientales en la contratación pública**, quien ha subrayado la evolución positiva de los trabajos de la citada comisión desde que se constituyó en septiembre de 2006.

Con el objetivo de poner en común el punto de vista de la industria y de las administraciones públicas sobre las compras medioambiental y socialmente responsables, así como promover un debate constructivo que permita avanzar en este tipo de políticas, la jornada ha reunido además la experiencia multisectorial de distintas empresas cuyas políticas de gestión de proveedores están enfocadas al fin común de la responsabilidad social.

**Toyota España**, dentro del sector del automóvil, **Grupo Norte** –conjunto de empresas dedicadas a servicios de limpieza, seguridad, trabajo temporal y servicios sociales-, **Europac**, del sector del papel y el cartón, y **Grupo Aquiles** –dedicada a prestar servicios de gestión de información y documentación de proveedores para diferentes sectores empresariales (energético, transporte o construcción)- han expuesto sus prácticas de RSE, tanto desde el punto de vista de compradores o clientes en la selección y gestión de proveedores como en la vertiente de prestadores de servicios – a clientes públicos y privados-.

En este sentido, y según la opinión del Director de Planificación Corporativa de **Toyota España**, Karl Van Dijck, “la aplicación de este tipo de políticas por parte de la Administración será importante, tanto por su efecto de hecho como por su efecto ejemplar hacia la sociedad”.

“Sin embargo”, pronostica Van Dijck, “la envergadura de los retos ambientales en el sector del transporte requerirá que estos esfuerzos significativos deberán ser complementados por una batería de medidas que promuevan vehículos más respetuosos con el medio ambiente en el sector privado del transporte, mediante incentivos fiscales, campañas informativas hacia el público en general, etc.”

“Aquí se plantea uno de los grandes retos de las empresas que trabajan de una forma socialmente responsable”, señalaba por su parte Miguel Calvo, Consejero Delegado de **Grupo Norte**, “y es dotar a las administraciones de herramientas que permitan la comparación objetiva entre empresas y la verificación de que las mismas tienen un comportamiento óptimo desde el punto de vista de la gestión ética”. En esta línea, Grupo Norte apostó por implantar un sistema integral de gestión ética y certificarlo según la Norma SGE de Forética como garantía de compromiso con sus valores y de mejora continua.

Por su parte, Carmen Molina, Directora General de **Aquiles España y Portugal**, ha manifestado que muchos de los riesgos relacionados con la RSE se encuentran en la cadena del suministro, por lo que resulta importante disponer de información suficiente de todos los proveedores en lo que a sostenibilidad, gestión medioambiental, prevención de riesgos y otros aspectos se refiere y para poder así realizar compras responsables. Para combatir los riesgos asociados a la RSE, según Molina, “Aquiles ofrece servicios de gestión de información y documentación de proveedores que permite a los responsables de compra conocer en profundidad a las empresas que va a contratar garantizando de esta forma que cumplen con todos los criterios que las compañías exigen, entre ellos los asociados con una compra responsable”.

## Los Encuentros Forética

Desde 2004, el Ciclo de Encuentros Forética pretende ser un foro que propicie el análisis e intercambio de los factores que han llevado a distintas organizaciones a desarrollar experiencias de éxito en términos de Responsabilidad Social Corporativa, tanto en las distintas áreas funcionales como en su comunicación con el entorno.

La jornada sobre Compras Responsables, organizada por Forética con la colaboración de Toyota, forma parte de la cuarta edición de un ciclo de tres encuentros en los que los profesionales de mayor prestigio en el campo de la Responsabilidad Social en tres sectores relevantes en nuestra industria (el año pasado fueron Finanzas, Energía y Construcción; el presente año los protagonistas elegidos han sido Distribución, Compras Responsables y Alimentación) comparten su visión y sus experiencias de éxito.

Forética es una asociación sin ánimo de lucro cuya finalidad es fomentar la cultura de la gestión ética y socialmente responsable en las organizaciones. Cuenta actualmente con más de 180 socios, entre empresas, consultoras y auditoras y ONG's. Las empresas promotoras de Forética son: Adif, Alares, AstraZeneca, Caja Navarra, Grupo Norte, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Renfe, Sanitas, Sanofi-Aventis y Unión Fenosa. La Comisión Europea ha designado a Forética info-point español de la RSE dentro del programa de la red de organizaciones [www.ethicalwork.org](http://www.ethicalwork.org) y CSR Europe la ha elegido national partner español. En nuestro país, la asociación forma parte del Comité de Expertos de RSC del Ministerio de Trabajo y del Comité Ejecutivo del Pacto Mundial de la ONU en España, entre otros.

## Un panel de expertos internacionales analiza el uso de aprotinina en cirugía cardíaca

Bajo el título *Trasylo: la experiencia del único antifibrinolítico aprobado en la prevención del sangrado en cirugía cardíaca*, Bayer HealthCare ha realizado recientemente un simposio al que acudieron alrededor de 120 especialistas, la mayoría de ellos anestesiólogos y cirujanos cardíacos, procedentes de los principales servicios de cirugía de España.

El encuentro, celebrado en Madrid, estuvo presidido por el Profesor David Royston (Consultant Department of Anaesthetics and Critical Care, Harefield Hospital, Reino Unido), y contó con ponentes de prestigio internacional que ofrecieron una actualización, basada en la evidencia científica, sobre el uso de la aprotinina para la prevención del sangrado en cirugía cardíaca.

Así, los ponentes coincidieron en que cada vez está más claro que el riesgo derivado de la transfusión es el elemento que más hay que tener en cuenta en los pacientes que se someten a cirugía cardíaca y que, por lo tanto, hay que reducirlo al máximo. La administración de aprotinina es uno de los recursos más utilizados en estos casos.

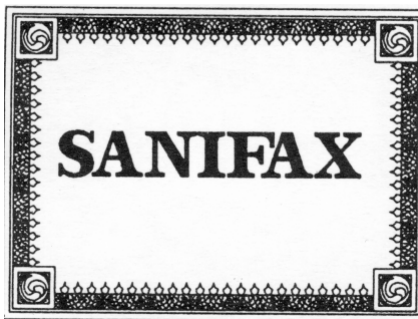
El Dr. Victor A. Ferraris (Program Director. Thoracic Surgery Residency. University of Kentucky) afirmó: “estoy impresionado por los efectos de la aprotinina en la disminución del sangrado”. A lo que añadió que considera que éste es un medicamento seguro que él sigue usando en pacientes que presentan alto riesgo de necesidad de transfusión.

Durante el simposio se realizó una encuesta a todos los asistentes en la que quedó reflejado que la gran mayoría de los que participaron en la misma (70) utiliza aprotinina en todos los casos de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, o en aquellos casos en los que se prevé la necesidad de transfusión de sangre.

En este sentido el Dr. Héctor Litvan, Director de la Unidad de Anestesia y Reanimación en Cirugía Cardiovascular del Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, asistente al simposio, afirmó, en una entrevista realizada al final del mismo, que la aprotinina es uno de los recursos que utilizan en su servicio desde principios de los años 90 para disminuir el riesgo de transfusión, ya que la cirugía cardíaca es una de las especialidades quirúrgicas en las que más se transfunde y donde el riesgo derivado de la transfusión es más elevado.

Así, este simposio ha proporcionado la oportunidad de debatir en un foro abierto todas las cuestiones que rodean al perfil riesgo/beneficio de aprotinina. Los datos y testimonios presentados apoyan la aceptable seguridad y eficacia del fármaco en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, despejando, de este modo, cualquier duda que pudiera haber surgido tras la pasada publicación de un artículo desfavorable para aprotinina.

Dada la gran acogida que tuvo el encuentro entre los profesionales, Bayer HealthCare editará una publicación en la que se recogerán los resúmenes y datos destacados de todas las ponencias, y que será entregada a todos los cirujanos cardíacos y anestesiólogos de España



# La figura del día

**DR. STEFAN OSCHMANN, PRESIDENTE DE MSD  
PARA EUROPA, ÁFRICA, ORIENTE MEDIO Y CANADÁ**



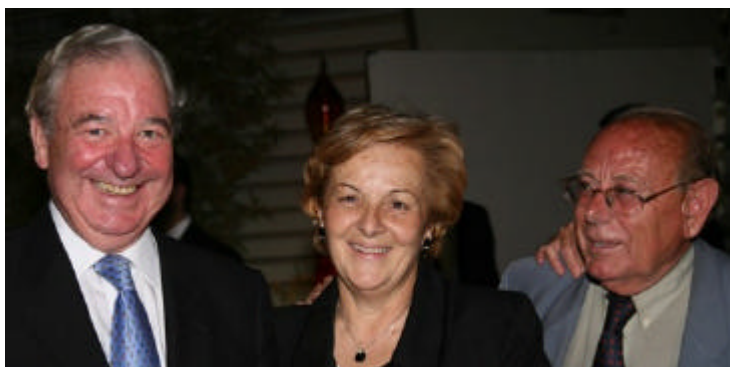
## **EJEMPLO DE TRANSPARENCIA EN LA POLÍTICA DE COMUNICACIÓN**

- **LA COMPARECENCIA ANTE UN SELECTO GRUPO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN AYER EN MADRID DE UNO DE LOS MÁS ALTOS DIRECTIVOS DE MSD EN EL MUNDO, EL DR. STEFAN OSCHMANN, FUE UN EJEMPLO EN TODOS LOS SENTIDOS. PUES HASTA AHORA POCAS VECES UN DIRECTIVO DE TANTA IMPORTANCIA MUNDIAL HABÍA RESERVADO TIEMPO DE SU AGENDA EN ESPAÑA PARA EXPLICAR A LOS MEDIOS SU POLÍTICA Y SUS PROYECTOS DE FUTURO.**
- **OSCHMANN ES UNA APUESTA “DE BANQUILLO” DE MSD, PUES LLEVA GRAN PARTE DE SU VIDA EN LA COMPAÑÍA (DESDE EL AÑO 89). HA PASADO POR PAÍSES COMO BÉLGICA, HOLANDA O AUSTRIA. Y, SOBRE TODO, COMENZÓ SU ACTIVIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE REGISTROS, QUE ES LA VERDADERA “COCINA” DE LA POLÍTICA DE UN LABORATORIO. DESDE SU NOMBRAMIENTO EN EL AÑO 2.006, SU IMPULSO Y SU DECISIÓN AL HACER LAS COSAS SE HA NOTADO EN LA EMPRESA. NO SÓLO EN LOS RESULTADOS, SINO EN EL ESPÍRITU DE MSD Y EN LA ACTITUD DE TRANSPARENCIA DE LA COMPAÑÍA. LA DECISIÓN DE CREAR UNA OFICINA OPERATIVA EN MUNICH, O LA DE NOMBRAR UN DIRECTOR CORPORATIVO DE COMUNICACIÓN EN EUROPA SON BUENOS EJEMPLOS.**
- **AYER, OSCHMANN DEDICÓ A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESPAÑOLES EL TIEMPO QUE HIZO FALTA, CONTESTÓ CON DECISIÓN LAS PREGUNTAS Y PREPARÓ SU INTERVENCIÓN DESDE LAS 8 DE LA MAÑANA CON ANTONIO PÉREZ MOSQUERA Y EL BUEN EQUIPO DE MENCHU LÓPEZ LAVID. ALGO QUE SUPONE UN EJEMPLO PARA LOS OTROS LABORATORIOS, QUE DEBERÍAN SEGUIR EL EJEMPLO HACIENDO QUE SUS DIRECTIVOS EUROPEOS DEDIQUEN TIEMPO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN CUANDO ACUDAN A MADRID, Y POR LO QUE EL DR. STEFAN OSCHMANN MERECE SER HOY SIN DUDA NUESTRA “FIGURA DEL DÍA”.**



→ **A la izquierda**: Éxito de las veladas de Novartis, que este año, en un gesto de “chapeau”, se la dedicaron a Fernando Mugarza. En la imagen con Morise Tarrés, su sucesora, y José Luis de la Serna (El Mundo).

→ **A la derecha**: Fernando Mugarza, en un momento de su divertida intervención.



→ **A la izquierda**: Ramón Sánchez Ocaña, Carmen Pino (Planner Media) y el sacerdote Infiesta, Capellán del Hospital de Madrid, no quisieron perderse el acto.

→ **A la derecha**: Miguel Ángel Martín, Director de Sanifax, y José Luis de la Serna (El Mundo) del que se dice puede ser el próximo Director de Diario Médico, conversaron largo rato



→ **De izquierda a derecha**: Conocidos y jóvenes periodistas, como Juan Marqués (El Economista y El Semanal Digital), Carlos Jardón y Raquel Veloso, del eficaz equipo de trabajo de Pedro Capilla en el Consejo Farmacéutico, junto a Inmaculada Avía (PR Salud), o Nayara Brocal, de Correo Farmacéutico. Como se ve, la nueva generación de periodistas es ya toda una realidad.



→ **A la izquierda**: Dos veteranos comunicadores, como Javier López Iglesias y Ramón Sánchez Ocaña, acudieron a homenajear a Fernando Mugarza.

→ **A la derecha**: Raluca Mihai, Directora de PR Salud, muy activa toda la noche, conversó largo rato con José Luis de la Serna. Que pena que no acudiera Pedro Aparicio, todos les esperaban.



→ **A la izquierda**: Alipio Gutiérrez (Telemadrid), no se quiso perder el acto.

→ **En el centro**: Carmen Pino, que tuvo una muy sentida y aplaudida intervención.

→ **A la derecha**: Marga Castillo (Expansión), que fue la sensación de la noche por su belleza y simpatía, junto a María Poveda, de Diario Médico.



**FOTO DE FAMILIA**

Histórica imagen de Fernando Mugarza con todo su equipo de estos años en Novartis. Un gran equipo en el que vemos a Monse Tarrés, su sucesora y que seguro lo hará muy bien, junto a Esther Espinosa, Sheila Félix, Asunción Andrés y Adriana Blasco.



- **A la izquierda**: José Luis Rodríguez, periodista muy querido, fue agasajado por Monse Tarrés y Marisol Berbés nada mas llegar.
- **A la derecha**: María Valero Valvanera fue felicitada, pues ha logrado un contrato de un año en la EMEA, se marcha en breve a Londres. En la foto junto a Nayara Brocal, su compañera en “Correo”



- **A la izquierda**: Fernando Mugarza, el Director del Diario Médico, Javier Olave, y la periodista de El País, Malen Aznarez, siguieron el video del acto.
- **A la derecha**: Fernando Mugarza, junto a la gran periodista y entrevistadora Silvia Churruga.



- **A la izquierda**: Mercedes de la Cuadra, hija de Flor Colmenares, que acudió con su madre y actualmente es jefa de Prensa de la Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, en la foto junto a María González, muy pendiente de todo el acto.
- **A la derecha**: Simpática imagen del buen reportero gráfico Luis Domingo junto a Raquel González (Noticias Médicas) un encanto de joven periodista.



# El Avispero

**GRAN ÉXITO DE LA VELADA DE PERIODISMO SANITARIO ORGANIZADA POR EL I. NOVARTIS DE COMUNICACIÓN EN LA NOCHE DEL MARTES, CON UNA FIESTA SORPRESA DE DESPEDIDA AL HASTA AHORA “DIRCOM” FERNANDO MUGARZA. LA GRAN NOCHE QUE ORGANIZÓ MONTSE TARRES, SUCESORA DE MUGARZA EN NOVARTIS, NO PUDO SALIR MÁS A LA PERFECCIÓN: CON TODOS LOS GRANDES PERIODISTAS DEL SECTOR ACUDIENDO A LA CENA, COMO SE VE EN NUESTRO REPORTAJE GRÁFICO.**

.....

ADemás DE LAS EMOTIVAS PALABRAS DE MONTSE TARRES Y FERNANDO MUGARZA, Y EL RECUERDO A JOSE SUBIRON, ESE GRAN MENTOR Y GRAN HOMBRE QUE FUE EL QUE ORIENTO EN EL MUNDO DE LA COMUNICACIÓN A MUGARZA, HUBO LA SORPRESA-REGALO DE UN VIDEO PERFECTAMENTE EDITADO, CON LOS MOMENTOS MAS BONITOS E INTENSOS VIVIDOS POR MUGARZA EN NOVARTIS. ALGO EMOCIONANTE Y DIVERTIDO A LA VEZ. Y LUEGO COMO REMATE, LAS PALABRAS ENTRAÑABLES DE FLOR COLMENARES, DE MARISOL BERBES, DE CARMEN PINO, DEL PADRE INFIESTA, QUE HIZO UNA ALABANZA DEL NUEVO DESTINO DE MUGARZA: LA FAMILIA ABARCA Y TANTOS COMENSALES PUSIERON LO DEMAS. UNA GRAN NOCHE PARA EL RECUERDO. SI JUAN ABARCA, SU HIJO Y SU MUJER, DRACIDON, HUBIERAN PODIDO MIRAR DESDE UNA MESA CERCANA, HABRIAN COMPROBADO QUE HAN HECHO EL MEJOR FICHAJE DEL MUNDO DE LA COMUNICACIÓN SANITARIA. GRAN GESTO DE CHAPEAU DE NOVARTIS. ESPECIALMENTE DE JESUS ACEBILLO, QUE QUISO QUE A MUGARZA SE LE DIERA UNA DESPEDIDA POR TODO LO ALTO. Y A FE QUE LO LOGRARON.

.....

**AYER, LA COMISARIA DE PROTECCION DE LOS CONSUMIDORES DIO UN IMPORTANTE ALMUERZO-COLOQUIO EN EL MARCO DEL FORO DE LA NUEVA ECONOMIA, QUE CON PRECISION GERMANICA DIRIGE JOSE LUIS RODRIGUEZ. LA COSA ESTUVO MUY INTERESANTE Y DE TODO ELLO INFORMAREMOS MAÑANA. SOLO UN “AGUIJON” CARIÑOSO AL CONSEJERO LAMELA, TAN LAUREADO SIEMPRE POR NUESTRAS AVISPAS: EL CONSEJERO DE SANIDAD Y CONSUMO DE MADRID TIENE QUE ACUDIR A ESA COMIDA Y PARAR UN POCO LAS INAUGURACIONES. SI ESTUVIERON LA MINISTRA, QUE HIZO UNA BUENA PRESENTACION; EL SUBSECRETARIO, F. PUIG DE LA BELLACASA, Y PEPE OLMOS... LAMELA ENVIO A CARMEN MARTINEZ, DIRECTORA DE CONSUMO DE MADRID, QUE HIZO UNA BUENA PREGUNTA. PERO ÉL ADEMAS, DEBIO ESTAR. OTRAS CARAS CONOCIDAS FUERON FREDY IRUJO (PFIZER); JAVIER CARRO, Y EL EX MINISTRO ROMAY QUE ESTUVO LAMENTABLE. LLEGO TARDE, CON LOS DISCURSOS EMPEZADOS. NO HABIA MIRADO EL SITIO QUE LE CORRESPONDIA. MERODEO POR LA MESA PRESIDENCIAL BUSCANDO ACOPLO, Y DISTRAYENDO LA ATENCION... HASTA QUE AL FIN SE ACOPLO. ¿QUÉ TIENE QUE HACER ESTE HOMBRE, QUE NO HACE NADA, PARA LLEGAR TARDE A UNA CITA CON LA COMISARIA Y LA MINISTRA...? LAMENTABLE.**

.....

**LA ANÉCDOTA: LA ELEGANTE CORBATA DEL SUBSECRETARIO PUIG DE LA BELLACASA**  
ALGUNA VEZ NUESTRAS “AVISPAS” HAN CRITICADO LA VESTIMENTA Y LOS “COMPLEMENTOS” DEL SUBSECRETARIO. COMO CUANDO FUE A LOS TOROS AL CALLEJON DE LAS VENTAS, CON VAQUEROS Y LAS GAFAS COGIDAS EN LA CABEZA... PUIG DE LA BELLACASA, QUE ES LISTO Y UN GRAN LECTOR DE SANIFAX, HA RECTIFICADO RAPIDAMENTE Y SEGURO ESTE AÑO EN S. ISIDRO LE VEREMOS IMPECABLE, PUES EL VA DANDO PARTE DE LA IMAGEN DEL MINISTERIO DE SANIDAD... AYER, PUIG DE LA BELLACASA FUE A LA COMIDA DE LA COMISARIA CON UN TRAJE GRIS, IMPECABLE Y UNA CORBATA AZUL MARINO CON PEQUEÑAS LISTAS DE COLOR ROSA IDEAL, DE LA MARCA FACCONABLE, LA DE LOS PIJOS DE MADRID. FIJENSE SI LA LLEVA EN LOS PROXIMOS ACTOS. Y SI SE LA VUELVE A PONER. FELICITENLO.