



“Se dice que el tiempo es un gran maestro; lo malo es que va matando a sus discípulos...” (Héctor Berlioz)

JUEVES 15-10-2009



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



PEPE M. OLMOS: “LO QUE HA HECHO FARMAINDUSTRIA SUPONE UN MODELO PARA OTROS SECTORES ECONÓMICOS”

- “ES PREVISIBLE QUE EN 10-15 AÑOS EL PORCENTAJE DE PIB QUE SE INVIERTE EN SANIDAD TENGA QUE SUBIR AL MENOS 1 Ó 2 PUNTOS”.
- “LA INICIATIVA PRIVADA TIENE FUTURO EN LA SANIDAD SI EXISTE EL REQUISITO DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO, COMO LO QUE HACE EL GRUPO H. DE MADRID”.
- INTERESANTE CONFERENCIA DEL SECRETARIO G. DE SANIDAD AYER EN LA FUNDACIÓN BAMBERG, DEMOSTRANDO QUE ES “EL MÉDICO DEL MINISTERIO”.
- HOY, AMPLIO DESPLIEGUE DE SU INTERVENCIÓN Y REPORTAJE GRÁFICO.

EL CONSEJERO VASCO, BENGUA, DEBUTA CON P. WATERHOUSE COOPERS

- ANUNCIA QUE EMPRENDERÁ UNAS 20-25 EXPERIENCIAS DEL MODELO “EBA’S” DE CATALUÑA PARA QUE LOS MÉDICOS DE PRIMARIA “SE AUTOGESTIONEN”.
- AMPLIO DESPLIEGUE DE SU INTERVENCIÓN Y REPORTAJE GRÁFICO DEL ACTO.

OTROS ASUNTOS IMPORTANTES DEL DÍA:

- TEXTO DE LA SENTENCIA DEL SUPREMO QUE NIEGA LA JUBILACIÓN PARCIAL A UN MÉDICO ANDALUZ PORQUE EL SAS NO HA APROBADO EL REGLAMENTO.
- INTERVENCIONES DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y DE ANA PASTOR AYER EN LA COMISIÓN DE SANIDAD DEL CONGRESO, MONOGRÁFICA SOBRE “LA GRIPE A”.
- LA MINISTRA SE VA A SUECIA A HABLAR DE POBREZA MIENTRAS EN MADRID LOS MÉDICOS “CALIENTAN MOTORES” SOBRE LA MANIFESTACIÓN DEL DÍA 23.
- EL IPC SANITARIO, FUNDAMENTAL EN LA CONTENCIÓN DEL ÍNDICE GENERAL.
- AMPLIO APOYO PARLAMENTARIO A LA LEY DE SALUD PÚBLICA DE CATALUÑA.
- M. CERVERA PRESENTA SU PLAN DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- HOY, EN SEVILLA, INTERESANTE FORO SOCIOSANITARIO DE BAYER.

HOY, DOS DOSIERES ESPECIALES:

- **1º DOSIER.-** PONENCIA DE RAFAEL BENGUA EN P. WATERHOUSE COOPERS
- **2º DOSIER.-** DIARIO DE SESIONES DE LA ÚLTIMA COMISIÓN DE SANIDAD DEL SENADO, CON LA COMPARECENCIA DEL DIRECTOR DEL I. CARLOS III

PREVENCIÓN PRECOZ PERSONALIZADA (PPP): NUEVA FRONTERA CONTRA EL CÁNCER

HM Hospitales desarrolla un programa de diagnóstico precoz del cáncer



En España una de cada cuatro mujeres y uno de cada tres varones desarrollará un cáncer a lo largo de su vida¹

El diagnóstico precoz de los tumores más frecuentes, como son los de colon, mama, próstata, pulmón, etc, aumentan las posibilidades de curación de los mismos hasta un 90%

Diferentes pruebas, incluso genéticas, realizadas a partir de cierta edad, pueden conducir al hallazgo de procesos cancerígenos cuando aún no producen ningún síntoma, por lo cual disponemos del

CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL (CIOCC)

El CIOCC, centro de referencia dirigido por el Dr. Manuel Hidalgo, procedente de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, y anexo al Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, cuenta con profesionales de referencia en cada tipo de tumor, la tecnología más avanzada, en algún caso única en España, así como acceso a la investigación clínica a través de la participación en ensayos clínicos internacionales con los fármacos más novedosos²

La decisión es suya: Esperar o adelantarse Consulte a su médico

Jefe de la Unidad de PPP: Dr. Niko Mihic

Contacto: ppp@hospitaldemadrid.com, Tlf: 91 756 78 95

PROFESIONALES, TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN, MÁS CERCA DE LAS PERSONAS

1. Datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM; www.seom.org). Febrero 2009.

2. Por el acuerdo del CIOCC con el grupo START, pionero en el descubrimiento y distribución de nuevos fármacos oncológicos, nuestros enfermos tienen acceso inmediato a los mismos.



www.hospitaldemadrid.com

JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS SUBRAYA LA NECESIDAD DE DESCUBRIR NUEVAS FÓRMULAS PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

- El Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Política Social ha sido el invitado del Encuentro para el impulso de las tecnologías de la salud, organizado por la Fundación Bamberg, con la colaboración de Pfizer
- En su conferencia, Martínez Olmos ha señalado que la innovación y la legitimidad social son los dos pilares en los que debe sustentarse la sostenibilidad del SNS



“La sanidad no es un gasto sino una inversión con valor”, ha señalado el Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, **José Martínez Olmos**, el invitado y conferenciante del Ciclo sobre ‘Estrategias en Sanidad, Industria e Innovación’ que la Fundación Bamberg, con la colaboración de Pfizer, ha organizado ayer miércoles en Madrid.

Este ciclo forma parte de los Encuentros para el impulso de las tecnologías de la salud que organiza periódicamente la Fundación Bamberg, con la colaboración de Pfizer.

Tal y como señala **Miguel Isla**, director general de Pfizer en España, “estos encuentros permiten impulsar el uso racional de las tecnologías de la salud mediante el desarrollo de acciones en las que participen tanto entidades relacionadas con el sector sanitario, como administraciones públicas, comunidad científica, asociaciones de pacientes y público general”.

El Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, ha recalcado en este foro, asimismo, el buen funcionamiento del sistema de salud descentralizado, como prueba la actual gestión de la gripe A.

En la conferencia, José Martínez Olmos ha afirmado que “aunque es difícil hacer una previsión sobre el gasto que va a suponer el SNS en los próximos diez años, es necesario descubrir nuevas fórmulas para mejorar la gestión de recursos”.

En este sentido, el secretario general de Sanidad ha señalado que para asegurar la sostenibilidad del SNS es necesario que ésta se sustente en dos pilares fundamentales, que son “la innovación, basada en una rápida reacción para incorporar las innovaciones y dar servicios sanitarios de calidad al paciente con criterios de racionalidad; y la legitimidad social, mediante la mejora de la eficiencia en el uso de los recursos, hasta alcanzar cohesión y equidad”. Para ello, el secretario ha señalado como imprescindible “resolver la ecuación coste-efectividad que se plantea”.

El secretario ha aprovechado su participación en la misma para advertir de que la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) podría en un futuro verse afectada por una población cada vez más longeva y la cronificación de las enfermedades, requiriendo, de esta forma, una mayor inversión de recursos para garantizar así la innovación y el mantenimiento de la calidad del SNS.

Camino hacia el Pacto por la Sanidad

En su conferencia, José Martínez Olmos aprovechó para señalar que el acuerdo del Pacto por la Sanidad se alcanzará antes de que finalice el año. Y adelantó que en un futuro no lejano se baraja la posibilidad de una reunión de la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, con los consejeros y consejeras de Sanidad y de Bienestar de las diferentes Comunidades Autónomas, que marcará las pautas de trabajo para avanzar hacia el Pacto y conseguir que el Sistema Público Sanitario sea sostenible, no sólo financieramente, sino en equidad y calidad.

Pfizer, “Trabajando juntos por un mundo más sano™”

Fundada en 1849, Pfizer es la mayor compañía biomédica que impulsa nuevas iniciativas en favor de la salud. En Pfizer, descubrimos, desarrollamos y ponemos a disposición de los pacientes y de los profesionales sanitarios medicamentos eficaces, seguros y de calidad, para tratar y ayudar a prevenir enfermedades, de personas y de animales.

También, trabajamos junto a los profesionales y las autoridades sanitarias para garantizar el acceso a nuestras medicinas, y para ofrecer mejor asistencia sanitaria y apoyo a los sistemas de salud. En Pfizer, todos los colaboradores trabajamos cada día para ayudar a las personas a tener una vida más sana y a disfrutar de mayor calidad de vida.

EXTRACTO DEL DISCURSO DE JOSÉ M. OLMOS EN LA F. BAMBERG EN EL QUE HACE REFERENCIA A LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD Y AL COMPROMISO CON EL EMPLEO Y LA I+D DE FARMAINDUSTRIA



“... Para hacer cohesión hay dos elementos fundamentales de sanidad. Uno es la financiación, de la cual hay aquí en este país un modelo de financiación que tiene un consenso básico de financiación general a la Comunidad Autónoma. Hemos dado un paso con el nuevo modelo de financiación puesto que Sanidad, Educación y Atención Social forman parte de una bolsa donde se ponen los mismos recursos para cada Comunidad Autónoma. Y por lo tanto los mismos recursos por habitante. Sí que se pueden dar más pasos, pero éste ha sido un paso positivo.

En cualquier caso, el modelo de financiación es un modelo que no finaliza para la Sanidad. Y esto es, cuando lo hablamos desde la perspectiva del sector, genera debates muy sectoriales, muy técnicos y muy sesudos. **Pero este país ha comprado un modelo de financiación general y no un modelo de financiación específica. Y si queremos otra cosa, nos queda mucho trabajo por hacer. Porque los responsables políticos, los presidentes de las Comunidades Autónomas están por un modelo de financiación general. No por un modelo de financiación específica.** De acuerdo. Y esta es una situación que tiene un consenso importante. Y por lo tanto tendremos que ver, los que queramos o quieran otra cosa, cómo se trabaja en esa dirección.

Ese es un condicionante, aunque se han dado pasos importantes en el último modelo de financiación. Por lo tanto, la cohesión se consigue con una financiación similar en todos los territorios. Pero también se consigue con la generación en el ámbito de la Sanidad de unidades de referencia nacional. Camino que ya llevamos desarrollado en los tres últimos tres años de una manera relevante y que creo que nos va a ayudar mucho.

Porque no todo tiene que estar en todos los sitios. Patologías que son poco frecuentes o tecnologías que hay que utilizar que son de costes muy intensivos y de utilización muy especializada, conviene que se concentren en determinados lugares del territorio. Aquí ya tenemos más de cuarenta unidades aprobadas por un procedimiento muy riguroso, pero seguimos creciendo. Y por lo tanto se puede hacer cohesión también.

Y aquí hay un consenso muy importante en el ámbito territorial y en el ámbito autonómico generando unidades de referencia que cumpliendo unos requisitos de calidad no tiene porqué estar en todo el territorio y facilitan que los ciudadanos nos podamos mover.

Finalmente, creo que algún paso tendremos que dar en la forma de tomar las decisiones en el gobierno del Sistema Nacional de Salud. Vamos a esperar a ver lo que terminamos acordando en el marco del Pacto pero sí hay un sustrato de que la toma de decisiones tiene que parecerse más a lo que hemos hecho en el marco de las decisiones sobre la “Gripe A” que en otras experiencias. Y caminaremos en esa dirección con toda seguridad. Pero quiero dejar un poco aquí pendiente a ver cómo finalmente lo cerramos en el ámbito del Pacto por la Sanidad.

Dos últimas reflexiones. Una que quiero ponerla en valor porque en esta línea de sostenibilidad del Sistema Nacional Salud sobre la base de un sistema que sea universal, equitativo, de calidad y sostenible, y que es una inversión para la sociedad, cobra un valor importante la iniciativa de FarmaIndustria de comprometerse en ese modelo. Y este no es un acuerdo al uso donde se firman condiciones de una y otra parte en un papel. Modelos que pudieron servir en el pasado no tienen porqué servir ahora.

Aquí lo que hay es una apuesta del Gobierno por tratar de mantener la situación del Estado de Bienestar en el caso de la Sanidad con la incorporación de las innovaciones que provengan de la propia evolución de la Ciencia. Y a esa situación, de compromiso de mantener un Estado del Bienestar a pesar de la crisis económica, FarmaIndustria responde diciendo: *“oiga, con estas condiciones, nosotros podemos dar determinados pasos que pongan en valor el camino que tiene que tener el país hacia un nuevo modelo productivo, en la parte que nosotros podemos hacer, y además con compromiso social, que no es menor en un momento de dificultad económica. Como el mantenimiento del empleo y mejora de su calidad en determinados aspectos o esfuerzos concretos sobre I+D+i”.*

A mi me parece que hay que ponerlo en valor, fruto de una coincidencia de diagnóstico de lo que es el presente y de lo que tiene que ser el futuro.

Yo es lo que iba agradecer porque tiene un gran valor por parte de las compañías farmacéuticas. Y creo que es un buen modelo para que otros sectores puedan caminar en la medida en que haya elementos de utilidad comparables en este sentido...”

PALABRAS DE PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE PFIZER EN ESPAÑA, MIGUEL ISLA, EN LA CONFERENCIA DE JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS EN LA FUNDACIÓN BAMBERG

Quisiera, para empezar, agradecer a la Fundación Bamberg la oportunidad que ha dado a Pfizer de participar y colaborar en este ciclo de conferencias sobre 'Estrategias en Sanidad, Industria e Innovación', conceptos que están íntimamente ligados.

I+D+i

En la mejora de la salud de los ciudadanos, todos estamos comprometidos, y en especial la industria biomédica juega un importante papel. En una situación de crisis como la actual, y en la que se está reduciendo la inversión pública en investigación, que se había manifestado muy fuerte en los últimos años, las compañías biomédicas innovadoras manifiestan una apuesta decidida y continuada por la innovación y son uno de los principales motores del desarrollo científico e industrial de un país.



La industria biomédica es un sector innovador en España que impulsa y hace crecer la innovación, lo que se va a traducir en soluciones a los retos terapéuticos y el descubrimiento de nuevas moléculas que, al final, son la solución de enfermedades que todavía hoy no tienen una respuesta médica adecuada o que incluso carecen de tratamiento. Permítanme que me detenga para comentar brevemente el esfuerzo que Pfizer como compañía biomédica innovadora dedica a la investigación, siendo la que más ensayos clínicos realiza en España.

La investigación es una de nuestras competencias clave y que definen la esencia de Pfizer, compañía biomédica más importante del mundo. El valor de un comprimido no responde a lo que cuesta hacerlo, sino al conocimiento acumulado de investigación básica y clínica que ha permitido su desarrollo. La innovación y el desarrollo de medicinas han sido una apuesta constante porque para descubrir nuevos medicamentos o ampliar las indicaciones de los que ya existen, que es lo que demanda la sociedad, debemos seguir innovando.

Pfizer es la mayor organización biomédica privada del mundo, con más de 11.000 investigadores y la mayor inversión mundial en I+D+i del sector biomédico, con más de 5.500 millones de euros, según señala el último informe de la Unión Europea de inversión industrial en I+D de 2008. La filial española de Pfizer se ha convertido en la compañía biomédica que más estudios está desarrollando en España, en concreto hay en marcha 74 ensayos.

El esfuerzo económico que supone crear un nuevo medicamento se estima en unos 1.000 millones de dólares. Actualmente, en España Pfizer está llevando a cabo proyectos de investigación con más de 40 nuevas moléculas en diversas patologías cardiovasculares, cáncer, patologías infecciosas e inflamatorias, alzheimer, enfermedades neurológicas y patología gastrointestinal. Como ven, Pfizer es una compañía comprometida con la sociedad, con los pacientes, con los profesionales sanitarios y con la Administración Pública.

Presentación del Sr. José Martínez Olmos

Ya entrando en la conferencia que nos ocupa, para mi es un honor presentar y contar con la intervención del Sr. José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, a quien agradecemos enormemente su presencia hoy en este foro, sabiendo que cuenta con una apretada agenda. Padre de tres hijos, el Sr. Martínez Olmos cuenta con una amplia y dilatada trayectoria profesional, marcada por importantes hitos y su reconocimiento político, público y social y además su reconocimiento humano, con la cercanía que nos manifiesta. Intentando hacer un breve resumen de su extenso currículum, es profesor desde 1988 de la Escuela Andaluza de Salud Pública, entidad en la que ha desempeñado tareas de coordinación del Área de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud, así como del Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Ha dirigido más de cincuenta trabajos de investigación en materias de salud pública, prevención de enfermedades y gestión de servicios de salud. También ha llevado a cabo actividades de cooperación al desarrollo sanitario como experto de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Argentina, Guatemala, Panamá, Venezuela, Nicaragua y Bosnia-Herzegovina, países a los que ha extendido su conocimiento en salud pública.

Ha trabajado en la Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud de la Junta de Andalucía entre 1984 y 1988. Además, fue concejal de Sanidad y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Guadix, entre 1983 y 1986, concejal de Servicios Generales del Ayuntamiento de Granada y consejero delegado de la Empresa Municipal de Aguas de Granada (EMASAGRA) desde 1992 a 1995. Martínez Olmos ha sido, también, miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, donde ha desarrollado tareas docentes y de investigación, y Director Académico del Master Universitario en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Universidad de Granada, que se ha convertido en un referente nacional. Desde abril de 2004 hasta septiembre de 2005 desempeñó el cargo de Director General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo. En este puesto trabajó en la puesta en marcha de importantes iniciativas como el Plan Estratégico de Política Farmacéutica y la elaboración de la nueva Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, que para nosotros es la Biblia de la Sanidad.

Y desde septiembre de 2005, Martínez Olmos es el secretario general de Sanidad. Aquí me gustaría hacer un breve paréntesis para felicitarle por la extraordinaria labor que ha desempeñado y que, de hecho, ha merecido su continuidad en este cargo de máxima responsabilidad sanitaria. Desde este puesto ha impulsado, entre otras medidas, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. El objetivo esencial del Plan de Calidad, como ha destacado Martínez Olmos en diversas ocasiones es, “permitir que sea posible asegurar una incorporación de la innovación sanitaria y tecnológica de forma ágil y útil a la sociedad en general y a los pacientes en particular”, tema estrechamente ligado con el motivo de la conferencia. Éste constituye el principal desafío de los sistemas de salud modernos y en especial del Sistema Nacional de Salud. Por último, señalar que desde su cargo el Sr. Martínez Olmos trabaja, junto al resto del equipo ministerial, en la consecución del Pacto por la Sanidad. En este sentido, remarcar que en los últimos meses se ha hecho público el compromiso de la industria farmacéutica como uno de los sectores emblemáticos del nuevo modelo productivo que necesita la economía española: una industria de alta productividad, empleo cualificado, creciente dinamismo exterior y, sobre todo, intensiva en I+D e innovación. Este compromiso ha permitido establecer las bases para un entendimiento con el Gobierno que nos permita afrontar el futuro con confianza.

Pfizer, ha suscrito y promovido este acuerdo, como compañía comprometida con los puntos mencionados. Sin más, agradecer una vez más al Sr. Martínez Olmos su presencia en este ciclo. Muchas gracias.



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

“EL CONSENSO DENTRO DEL CI ERA MAYOR DE LO QUE HA APARECIDO PUBLICADO. ES EXTRAÑO QUE AHORA PAREZCA QUE SÓLO LO TENEMOS CON LA GRIPE...”

→ **Francisco J. García Pascual (Pfizer):** Permítame que le vuelva a felicitar porque el éxito en una exposición no está en sólo decir lo que uno quiere decir o tiene que decir, y más en un papel político, sino que también los que estamos escuchando oigamos los problemas que realmente se están o tenemos hoy. Y yo creo que ese es el resultado del éxito de su intervención. Ha sido una intervención con una visión amplia, con perspectiva y audaz. Porque además ha identificado problemas. Dicen que identificado el problema, el 50 por ciento de la solución está lista. Y a veces no cometemos la simpleza de empezar por identificar el problema. Yo voy hacer tres preguntas si me permite. Y las tres son de aspectos que usted ha abordado. La primera es sobre el Consejo Interterritorial. La verdad está atravesando una etapa de consenso, de armonía. Llevábamos unas etapas anteriores con marejada o fuerte marejada. Y la pregunta sería: ¿a qué cree usted que se debe esta armonía relativa? Más allá de lo que les haya unido la adversidad. Obviamente la gripe A. Lo segundo que también ha abordado usted es sobre cohesión territorial. Hay un sector que aboga, en algún caso puntual, por alguna re-centralización de algunos aspectos de la sanidad, como algún calendario vacunal, alguna prestación, algún servicio. La pregunta es muy directa: ¿está la sanidad adecuadamente descentralizada? O quizá necesita de algún tipo de ajuste centralizador.



Y la tercera, usted que también es médico, ¿cómo ve la salud del pacto de sostenibilidad y estabilidad con Farmaindustria a futuro tras las últimas reflexiones de la Comisión de sanidad? Muchas gracias de nuevo por su intervención y por sus respuestas.

→ **José Martínez Olmos:** Muuchas gracias Francisco García por sus palabras y por su amabilidad. Yo creo que las cuestiones que plantea son de enorme interés. En relación al futuro del sistema, todas ellas. El Consejo Interterritorial yo creo que ha ofrecido una imagen distorsionada –siempre lo he dicho– de lo que realmente hacía. Yo creo que no es el momento de argumentar el porqué. Había factores externos que condicionaban la imagen. Pero en el fondo de todo, el trabajo que yo he planteado, que se ha desarrollado en los últimos años, vinculado por ejemplo a la estrategia de salud es un trabajo real.

Es decir, si nosotros analizamos las decisiones que ha tomado el Consejo Interterritorial (me voy a ceñir al periodo en el que estamos nosotros, no porque el periodo anterior fuera peor ni mejor. No hay una valoración en ese sentido. Yo puedo hablar por las responsabilidades que he tenido desde 2004.) Todas las decisiones que se han tomado han sido por consenso, por unanimidad.

Las estrategias son un gran ejemplo en ese sentido. Y habido alguna discrepancia como no puede ser de otra manera. Pero la imagen ha sido más bien de lo contrario. Me ha llamado muchas veces la atención cómo nosotros, que nos dedicamos a esto, tenemos nuestra fuente de información básicamente en los medios de comunicación del sector. Que es donde habitualmente salen las noticias de lo que sucede en el SNS. En los medios generales salen de vez en cuando determinadas cosas. La imagen que había era de discrepancia, de desencuentro. Somos responsables de esa imagen, unos más que otros. Pero por ser educado diría que somos responsables. Esta vez es cuando decimos que con el plural parece que uno asume todas las responsabilidades. Las asumo educadamente pero podríamos hablar un rato largo sobre esta cuestión.



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

“ES IMPOSIBLE E INNECESARIO RECENTRALIZAR LAS COMPETENCIAS. LA GRIPE A NOS LO HA DEMOSTRADO”

Pero es verdad. Ha sorprendido que lo que ha sucedido con la “gripe A”, haya sucedido. Cuando era lo habitual en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Sólo que no se traducían esa imagen. Y además sucedía que eran temas de interés ciudadano como ha sido lo de la “gripe A”.

Yo creo que el Consejo Interterritorial funciona bien. Creo que funcionan bien los grupos de trabajo, las comisiones de trabajo. Lógicamente debaten, discrepan pero luego se hace síntesis. Lo que pasa es que yo creo que la “gripe A” ha puesto de manifiesto la necesidad de responder en una situación de incertidumbre científica. De la manera que estábamos actuando en general con las cosas que hacíamos en el Consejo Interterritorial.



Pero además de cuidar que la imagen fuera una imagen de unidad. Para que representara lo que realmente sucedía. Porque imagínense que hubiese sido lo contrario: falta de consenso interno pero imagen falsa de unidad. Eso al final se nota. Pero yo creo que el Consejo ha tenido la oportunidad de hacer ver cómo somos capaces de ponernos de acuerdo ante los ciudadanos. Y por lo tanto, de ver que es posible en una sanidad descentralizada responder a los temas que son fundamentales. Con criterios que los ciudadanos y los profesionales entienden que son los adecuados. No obstante, seguiremos trabajando en torno a cómo mejorar nuestro proceso de toma de decisiones. La experiencia de la gestión de la “gripe A” la tenemos que tener en cuenta a la hora de cerrar el pacto por la sanidad. En lo que tiene que ser procedimientos de toma de decisiones. No necesariamente tienen que llevar a cambios formales. A lo mejor sí, pero creo que esto es un ejemplo a tener en cuenta. Y que me hace a mí ser optimista de cara al futuro.

La segunda cuestión. Yo siempre he dicho que la descentralización ha sido muy positiva para la sanidad. Muy positiva. No hace falta más que mirar cómo ha evolucionado la sanidad en cuanto a recursos e indicadores de salud. Desde la época en la que estaba centralizada a la época en la que está descentralizada. Bien es cierto que esto genera desafíos nuevos. Que son los que tenemos que abordar. Pero los resultados globales a mí me parecen más que satisfactorios. Muchos territorios que no hubiesen tenido la oferta de recursos que quienes la han tenido. Precisamente porque al descentralizarse los responsables sanitarios tienen que responder más de cerca a las necesidades de la gente. Y además se establece un elemento sano de competencia entre unas Comunidades y otras que finalmente hacen que las cosas mejoren. Eso también supone riesgos. Pero también se pueden solucionar. Globalmente positivo.

Yo creo que es imposible e innecesario plantearse descentralizar competencias. Imposible en términos jurídicos. Jurídicamente sería posible pero tenemos que hacer un referéndum para decidir en cada Comunidad Autónoma si queremos un calendario vacunal común. No ha sido necesario hacer nada de eso para acordar un procedimiento de vacunación, por poner un ejemplo, a personas en relación con la gripe A. Que va a empezar en la misma época en todos los sitios y en los mismos grupos.

Y no era necesario descentralizar nada. Es simplemente trabajar con un elemento que me parece importante. Que lo tenemos que seguir manteniendo: liderazgo del Ministerio en el ejercicio de sus competencias y respuesta por parte de las Comunidades Autónomas con lealtad constitucional. Y además se ha facilitado porque las decisiones se toman con evidencias científicas.



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

“LA PROPOSICIÓN DE LEY DEL CONGRESO SOBRE GENÉRICOS NO CAMBIA NADA CON FARMAINDUSTRIA”

En la medida en que eso pueda seguir haciéndose en otros temas, será relativamente sencillo acordar cosas aunque haya que discutir las y trabajarlas mucho. Yo creo que el acuerdo que Farmaindustria propone o, digamos, la propuesta de Farmaindustria del compromiso con la situación, no cambia nada. La situación con lo que usted me comenta. Me parece que ahí hay un planteamiento del Congreso de los Diputados favorable a impulsar los medicamentos genéricos en el Sistema Nacional de Salud. Cosa que no he visto que discuta Farmaindustria en ningún momento. Y que sigue siendo parte de la política que desarrolla y desarrollará el Gobierno.

A mí me parece que, en ese sentido, no va a haber ningún cambio en relación con esa situación. Mantenemos la misma política. E interpretamos que esa proposición no de Ley lo que ratifica y probablemente enfatiza es la necesidad... Hay una serie de medidas en esa proposición no de Ley. Pero las que le preocupan, al hilo de la pregunta que hace, lo que hacen es enfatizar la importancia de ganar en eficiencia. Incorporando cuanto antes los medicamentos genéricos que son la política que desarrollamos y seguiremos desarrollando.



→ **Juan Abarca Cidón (Grupo HM):** Hola, buenas tardes. Yo no me quería perder esta conferencia porque, al igual que yo que he mamado este sector desde el principio, le considero a usted un hombre del sector. Y no un político que va y viene. O un empresario que va y viene.

Yo voy a intentar hacer una reflexión desde mi punto de vista, como hombre del sector. Y al final os doy mi impresión sobre la misma. Estoy preocupado por el futuro del sector y la sostenibilidad del modelo como lo conocemos. Estoy preocupado por el mantenimiento de un sistema de cobertura universal. Con una igualdad efectiva para todos. Porque sinceramente creo que no existe hoy por hoy. Es verdad que todo el mundo tiene derecho en un momento determinado a acudir a un sistema de... a una urgencia.

Pero no todo el mundo tiene las mismas posibilidades de tratarse en función de dónde viva con los mismos recursos. Ha dicho dos cosas con que se podrían argumentar muchos más motivos de incremento del coste sanitario. Hay dos que son fundamentales. Es verdad que no se sabe cuánto nos va a costar dentro de 10 años. Pero sí que hay estudios... bueno, primero el coste sanitario en los últimos 10 años ha aumentado a un ritmo de un 12 por ciento anualmente. Hay estudios que dicen que en el año 2020 va a haber un 30 por ciento de población por encima de 65 años. Y en el 2050 un 25 por ciento de población por encima de 85 años.

Y como segundo motivo, entre otros muchos, del incremento del coste sanitario se encuentre necesariamente la innovación tecnológica como elemento de incremento. Pero supone un incremento del coste sanitario que además no es como en el automóvil que sale una cosa cada seis meses, es que aquí salen semanalmente nuevas tecnologías.

Y salen semanalmente nuevas tecnologías que realmente se implantan en muchos sitios. En unos sitios y en otros no que realmente crean diferencias, a efectos del tratamiento de los usuarios. Yo recuerdo que hace un año me llamó un director médico de una provincia de una Comunidad que no voy a nombrar. Que quería saber mis datos de inversión. Tengo un aparato para tratar la fibrilación auricular, por ejemplo, por navegador. Porque no había ni un solo aparato en toda aquella Comunidad Autónoma...



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

JUAN ABARCA CIDÓN: “VA A HABER UN PROBLEMA DE FINANCIACIÓN. NO BASTA CON CONTROLAR EL GASTO”

Ya no vamos a hablar de temas de cáncer, el tema de la radiocirujía. No es lo mismo que te pase en Puerta de Hierro que te pase en cualquier provincia, desde el punto de vista del enfoque terapéutico. Y eso realmente establece diferencias con los ciudadanos.

Y creo, me satisface pensar que tiene tanta fe en el sistema descentralizado. Creo en la sana competencia. Y creo que es imprescindible que las autoridades sanitarias se acerquen a los ciudadanos. Pero claro, que hay ciertas competencias que debían de estar centralizadas.

Porque yo he visto Comunidades Autónomas peleándose entre sí por el personal e incrementando los salarios hasta el punto... Y todo eso es gestión sanitaria. Yo creo que la sanidad hay que verla como una inversión por lo que produce alrededor. Pero sobre todo porque hay que controlar el gasto. Y a donde quiero ir de alguna forma, es teniendo en cuenta que el incremento del coste es imparable. Que es muy difícil controlar la gestión. Porque venimos de un modelo que lleva toda la vida. Pues es muy difícil hoy por hoy hacer nada. Habría que implantar sistemas de gestión.

Todavía en los hospitales públicos, en cualquiera, siguen sin saber dónde se cargan los medicamentos. Saben lo que entra, pero no saben lo que sale. Lo cual es una medida básica. Yo se lo digo, en mi grupo es el 25% de la facturación global. Me imagino a nivel de la sanidad pública. Pero sí que creo que va a haber un problema de financiación. Porque no solamente con el control del gasto va a ser suficiente. ¿Qué piensa usted o cómo cree usted que puede intervenir en ese sentido la iniciativa privada? Y no lo digo desde el punto de vista de interés que yo pueda tener como proveedor sanitario. Que sinceramente creo que teniendo en cuenta el peso que tiene por ahí la sanidad privada, si no trabaja con las aseguradoras, mañana trabajaré con la Sanidad Pública. Porque si tu haces una sanidad competente vas a seguir trabajando.

Pero sí que me interesa como hombre del sector. Porque creo que no es suficiente con la financiación vía impuestos. Sobre todo con las ayudas que hay desde la Unión Europea, como la alternativa para favorecer el modelo asegurado. Que quiera que no sea un descargo total del coste de la sanidad pública. De hecho, por cada persona que tiene doble aseguramiento, le descarga la sanidad pública en 1.000 y 1.200 euros. Yo quiero de alguna manera intentar ahondar, ya sé que desde la Administración Pública, la sanidad privada se nos resiente como algo que no hay que airear mucho. Pero creo realmente, de alguna forma, que la vía de seducción a largo plazo de la sanidad pasa por un copado que no puede pagar todo el mundo. Pero sí que hay gente que sí puede pagar. Y eso se llama modelo asegurador. El doble aseguramiento. Gracias.

→ **Martínez Olmos:** Creo que hay motivos para ser optimistas en cuanto a la sostenibilidad, sinceramente. Por varios motivos o por argumentos que yo manejo. Y que son los que me hacen pensar lo que acabo de afirmar. Primero, porque el sistema como tal –y aquí incluyo también a la entidad privada- a la que ahora haré alguna referencia. Es un sistema que busca la eficiencia. Aunque no siempre la encuentre. Pero no es un sistema ajeno a la búsqueda de la eficiencia.

Y gracias a ello, en los últimos 20 años se han producido mejoras no poco relevantes en la manera de resolver la gestión de los servicios sanitarios. Aunque haya camino que recorrer. Yo soy de la opinión de que soy también en mi ámbito profesional me dedico a la cuestión de la gestión de servicios sanitarios. Y sé que ahí hay todavía espacio de ganancia en eficiencia, espacios de mejora. Pero también sé que éste es un sector que no es ajeno a la búsqueda de la eficiencia. Y parte de la reflexión que estamos haciendo en el Pacto con la Sanidad tiene que ver con mejorar aspectos de la gestión de los servicios sanitarios. Dentro del marco de lo posible, tampoco de lo ideal que pueden ayudar a ganar en esta dirección.



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

“ES PREVISIBLE QUE EN UNOS 10-15 AÑOS HAYA QUE DEDICAR 1 Ó 2 PUNTOS MÁS DE PIB PARA SANIDAD”



Segundo argumento. Creo que la globalización en la que estamos inmersos favorece que sea probable de que parte de las inversiones que haya que necesitar en el futuro vinculado a la innovación no sean tan cuantiosas como pueda parecer. Porque muchas de las innovaciones van a estar accesibles a millones de personas.

Por lo tanto, vamos a hacer desde todos los sitios que las cosas tengan un precio. Un precio justo, suena al programa ese del “Precio Justo”. Pero para que me entiendan, un precio razonable. Yo siempre he puesto el ejemplo de la vacuna del papiloma y su precio. Independientemente de las cuestiones sobre seguridad, eficacia. Discusiones que pueda haber. Cuál sería el planteamiento si el acceso fuera universal en todo el mundo. A si fuera solamente en una parte del mundo. El coste sería diferente.

Y el beneficio sería mayor para la gente. Y yo creo que en esta dirección van a ir muchas de las innovaciones que se vayan produciendo en el futuro. No es que confíe todo a ello. Pero creo que ahí hay un elemento importante. Por lo tanto, es previsible que los próximos 10 ó 15 años la parte de riqueza que haya que dedicar en el mundo en el que nosotros estamos inmersos, en Europa, pueda requerir un punto o dos puntos más del producto interior bruto. No es baladí, no es poco. Pero no es algo inalcanzable para países que estamos en la zona más privilegiada del mundo. No es algo inalcanzable.

El cómo se pague puede ser otra cuestión. Pero por ahí pueden andar las cosas. Un esfuerzo común, uno y medio, dos puntos. Tengo también la convicción de que el modelo español, que es el Sistema Nacional de Salud, por su manera de financiar y su manera de organizar tiene un elemento a favor respecto de la comparación de otros sistemas sanitarios que lo hace más eficiente.

No es casualidad, que el Sistema Nacional de Salud español sea más eficiente que otros. No que gaste menos o gaste más. Que también. Que es más eficiente. Produce mejor para la inversión que se realice. Cuando los comparamos en términos del producto interior bruto, más allá de que gastemos un poco menos, no tiene que ver con que invertimos menos, es que probablemente nuestro modelo organizativo no es suficiente.

Al menos dejó ahí la hipótesis para que en el terreno académico se investigue eso. No creo que sea casualidad. Por lo tanto, los esfuerzos que haya que realizar cara al futuro, creo que son alcanzables como país. Para poder incorporar esa innovación, claro, hace falta dar algún paso. Yo pienso que la innovación a veces muy rápida está muy bien. Y entra de una manera que no puede ser igual. A diferencia de lo que pasa con los medicamentos.

Por eso decía, tenemos que dar paso en la dirección de articular algún mecanismo que permita asegurar que cuando se incorpora sabemos para qué se incorpora un elemento nuevo, una nueva tecnología. Y además que se incorpora a todos al precio que se pueda pagar. Yo creo que ese camino nos queda hacerlo en Europa. Por lo tanto, en España. Yo creo que es más fácil hacerlo si lo hacemos a nivel europeo que si lo hacemos sólo un país. Porque supone de alguna manera nuevas reglas de juego para un sector empresarial. Las anteriores ya no son nuevas para el sector de la industria farmacéutica. Saben cuáles son las reglas del juego. Y en ese contexto te vas moviendo.



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

“EL INFORME ABRIL DECÍA QUE SIN TOMAR MEDIDAS EL SNS SE HUNDÍA. NO SE TOMARON Y NO SE HUNDIÓ...”

Yo creo que esas nuevas reglas de juego si producen estarían mejor que se produjeran en el ámbito europeo que no en un país o en otro. Porque genera desigualdad en el acceso de esa industria al mercado. Y eso no me parece razonable en un contexto de globalidad. Creo que deberíamos de caminar en esa otra dirección. Son elementos que me hacen ser optimistas. Pero son también incertidumbres de futuro. No soy ajeno a esa cuestión.

Yo creo que la iniciativa privada tiene un gran papel en el futuro de la sanidad. Con el requisito de la calidad. Cuando hablo de requisito de la calidad, hablo de lo que sé que vosotros por ejemplo hacéis. Y hay muy buenas iniciativas privadas de hacer medicina basada en la evidencia. Y añadido a eso en la medida que incorporen aspiraciones de la sociedad como son la transparencia, la capacidad de elegir, el trato personalizado. Este tipo de cuestiones que son menos importantes desde el punto de vista de la eficacia de la actuación. Aquí lo importante muchas veces es un buen médico. Una buena tecnología, un buen diagnóstico y un buen tratamiento. Pero no dejan de ser importantes las otras cuestiones que son aspiraciones de la sociedad. Cuantos más elementos de esta naturaleza tenga el sector privado, más útiles a la sociedad. Pero también más útiles al propio sistema público. Porque colaboraciones tiene que haber en el futuro. Probablemente con más intensidad. Aunque esto va a variar de unas Comunidades a otras por razones diferentes.

Eso es un poco la visión que yo tengo. Yo creo que hay motivos para ser optimistas. Pero no para creerse que las cosas que van a ser fáciles. Sino que hay que trabajar. Y de la misma manera, y termino, que hemos visto que al menos así lo digo siempre. Que no se han cumplido los peores pronósticos que se decían en los años 90. Cuando con el Informe Abril Martorell nos decían que si no tomábamos una serie de decisiones se hundía el sistema. Y casi ninguna de esas decisiones se tomó. No quiero dejar de subrayar y el sistema no se hundió. También soy de la opinión de que hay que hacer algunos cambios. Que sean consensuados. Porque sino, no son factibles. Pero que tampoco está la situación dramática, en absoluto. No está dramático. Porque creo que hay elementos que somos conscientes todos que los tenemos que gestionar en esa dirección.



→ **Luis Valenciano (Fundación Salud 2000):** “Yo no soy experto en gestión sanitaria. Y me voy a apuntar, únicamente centrar en uno de los temas que ha tocado, la gripe. El acuerdo entre todos los consejeros, en el Consejo Interterritorial, etc. Yo no sería todavía tan confiado en que las decisiones que han tenido que tomar estén basadas en la evidencia científica. Que dan muchos datos desconocidos de la patogenia o la gravedad de ese proceso. Van a quedar durante tiempo datos muy incompletos sobre a quién se debe vacunar. Y cuál es el efecto de la vacuna en determinadas edades y en determinadas historias previas de inmunización.

Por tanto, está bien que todo el mundo esté de acuerdo con el conocimiento que tenemos. Pero no se puede hablar mucho de que sea una evidencia científica. Y si hay armonía en el Consejo Interterritorial yo paso a un tema actual de la estructura sanitaria. Y específicamente lo que tenga que ver con la gripe que chirría, a mi criterio. El que el Instituto de Salud Carlos III sea un Instituto que no está integrado en el Ministerio de Sanidad. Y que por tanto, las relaciones de los consejeros con la representación máxima en el C. Interterritorial tienen que ser dirigidas al otro Ministerio. Por mucho acuerdo que haya entre los dos Ministerios, no es lo mismo. Y evidentemente, cuando han surgido los primeros problemas de la gripe se ha echado mano del Carlos III directamente.



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

“RECUERDO CUANDO ERA MÁS JOVEN Y EN LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA PEDÍAMOS SER “INDEPENDIENTES” DE LA CONSEJERÍA DE SALUD”

Porque era un problema de Gobierno prácticamente. Y un problema de gran repercusión social. Pero en el futuro, en la investigación para mejorar la asistencia sanitaria debía de tener un instituto que fuera planificado en sus actividades por el Ministerio de Sanidad. Porque dentro del criterio de innovación, de investigación, ciencia, entran muchísimos temas que a veces son tan importantes que pueden dejar relegada a la Sanidad. Acabo con una frase. Si yo hubiera estado en tu sitio me hubiera costado mucho trabajo que me dejara quitar el Carlos III.



→ **José Martínez Olmos:** Yo nunca tuve el Carlos III dependiendo de mí. Nunca. Porque cuando estaba adscrito al Ministerio el Carlos III no dependía de la Secretaría General de Sanidad. Ni me lo dejé quitar ni nada. Ni tampoco era ni he sido el ministro.

Pero bueno, más allá de eso. Primero, probablemente yo debiera de haber subrayado lo que es mi pensamiento en relación con las decisiones que hemos tomado respecto a la pandemia de gripe cuando hablo de la evidencia científica. De la evidencia científica disponible. Que es cambiante. O sea, subrayaría lo de disponible, es cambiante. No es lo mismo lo que sabemos hoy, que lo que sabíamos hace cuatro meses. Y probablemente sepamos más cosas en el futuro. Esa ha sido una de las variables que ha condicionado el que desde el inicio, desde el punto de vista de la comunicación pública, nos hemos negado a hacer especulaciones

de futuro ante los medios de comunicación. Porque hay incertidumbres que el tiempo las irá poniendo en su sitio o no. Porque a veces hay cosas que científicamente nunca las conoceremos. Pero estamos en un mundo que nos ha costado un trabajo importante. Pero es como decir, aquí me planto y no me muevo. No voy a hacer especulaciones de futuro. Pero estamos en un mundo donde los medios de comunicación nos piden, no sólo lo que pasa hoy sino lo que va a pasar pasado mañana. Y no digo ya el siglo que viene. Y qué va a pasar. Y cuántos van a fallecer, y cuántos van... Que es una preocupación que probablemente represente lo que le preocupe a la gente. A nosotros nos hacía decir no entremos en especulaciones porque el riesgo de equivocarnos es altísimo. Porque a veces hay cosas que no se sabe. Y tiene que ver con esta reflexión. Es actuar con la evidencia disponible. De hecho, ahora parece ser que va a ser una dosis necesaria. Y hace una semana eran dos. Pues todo esto son elementos que están vinculados a que se van conociendo más cosas del virus, de la vacuna, etc.

Pero estoy de acuerdo contigo que el clima de consenso tiene que ver con un espíritu de actuación coordinada y con un mensaje común. Pero el fundamento es la evidencia científica disponible. Que la hemos utilizado. Es decir, que de hecho, aunque a veces hay cosas que son discutibles desde el punto de vista científico, en el sentido de que hay quien piensa una cosa y piensa otra. Pero sí que hemos podido agarrarnos a que había propuestas a veces concretas, o bien de la OMS, o bien del Centro Europeo de Enfermedades Infecciosas, o bien de la Unión Europea, o bien del Comité Científico nuestro que tenemos creado para la gripe.

Sabiendo eso, vamos modulando la respuesta en función de cómo vayamos conociendo. Ahora la reflexión que hace del Carlos III. Todo es opinable. Pero permítame que le diga, es tan opinable eso. En teoría el que tú tengas a tu disposición un organismo, te puede dar la tranquilidad de que puedes coordinar o actuar con más control. Pero podría contar y los que tenéis experiencia habréis acumulado algunas. Que cosas que tienes bajo tu dependencia a veces se te rebelan y es como si fuera del enemigo. No es tan claro eso.



COLOQUIO CON MARTÍNEZ OLMOS EN LA F. BAMBERG

LÓPEZ BELMONTE: “TENER PLANTAS INDUSTRIALES EN ESPAÑA CUESTA MUCHO. Y PIDO QUE ESO SE RECONOZCA EN LA FORMACIÓN DEL PRECIO DEL FÁRMACO”

Lo digo esto por lo siguiente. Lo digo porque a veces los organismos generan sus propias dinámicas de actuación. Sus propias aspiraciones de autonomía y de independencia. Yo me recuerdo un poquito más joven peleando contra la Consejería porque en la escuela queríamos la independencia. Porque éramos los expertos. Y era una dinámica lógica pero a veces choca. A veces no es exactamente así lo que desde arriba terminando viendo. Sin embargo, tengo que decirle, porque es verdad, que con el Carlos III hemos trabajado muy bien. Se han alineado perfectamente. Las directrices las ha marcado el Ministerio de Sanidad en todos los aspectos. Incluso, el esfuerzo que se va a hacer de investigación en esta materia, en materia de gripe A, lo hemos acordado el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Innovación completamente.

Y en la medida en que, si yo no estoy equivocado, ese enfoque de investigación responde también a las aspiraciones de los grupos de investigación que hay en España. Que creo que sí, mi opinión y la percepción que tengo es que los expertos en las diferentes materias se sienten bien representados en esa estrategia de investigación. Pues, lo otro queda en un segundo plano. Porque tienes que saber muchas veces, en política pasa eso. Cómo puedes responder a los problemas con los recursos que tienes. Una vez son tuyos, otras veces son del frente, otras veces son de otro Ministerio. Y en ese sentido mi percepción, es que no ha sido ningún problema el hecho de que el Carlos III esté en otro Ministerio. La coordinación ha sido total. Porque además ha pasado algo parecido a lo que ha sucedido con otras Comunidades Autónomas, con otros organismos, con las sociedades científicas. Hemos encontrado, y con los propios medios de comunicación, una colaboración tan alta en esta materia, que ha facilitado muchas veces la solución de problemas que podrían venir por otras vías.

→ **Juan López Belmonte:** Estar en este encuentro me parece muy interesante. Me alegra mucho y felicito a Martínez Olmos porque va con un pie por delante. Y esto es importante, que vaya con un pie por delante y que sepamos el pensamiento. Porque los empresarios tenemos que saber cómo tenemos que actuar y trabajar. También quiero dar las gracias por mantener y continuar con el acuerdo. Con el acuerdo de Farmaindustria donde todos los laboratorios estamos haciendo un gran esfuerzo por mantener un nivel de empleo, aportaciones e inversiones I+D.

Y gracias por el reconocimiento de que la investigación tiene que estar en la sanidad pública. En la sanidad en total. Y yo quiero terminar. No hacerle ninguna pregunta. Le haría una reflexión. **Se ha demostrado que España, su tejido industrial, es débil.** Todos los grandes protagonistas, economistas del mundo están diciendo que las economías que tengan un tejido industrial importante son las primeras que van a salir. ¿Por qué? Porque van a vender. Y tienen un valor añadido. Entonces nuestro tejido industrial farmacéutico debería tener un reconocimiento. El tener plantas industriales en España cuesta. Porque hay que decirlo claro. Uno sabe cuándo abre pero nunca sabe cuándo cierra.



Entonces, esto tiene que tener un reconocimiento. Porque es el reconocimiento a un tejido industrial estable, a un empleo estable y a una continuidad. O al menos el producto que esté fabricado en España, que es lo más importante, debía tener o debe de tener, y esta es mi reflexión, por lo menos una aportación a la formación del precio del medicamento. Gracias.

LA PRESIÓN ASISTENCIAL SE REDUCIRÍA UN 13 % CON UN SISTEMA DE SALUD DISEÑADO PARA ATENDER AL PACIENTE CRÓNICO

- El consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco ha participado ayer miércoles en un desayuno de trabajo organizado por Pricewaterhouse Coopers y Oracle
- “Los niños del ‘baby boom’ ya se han hecho mayores. Muy pronto en España habrá más pensionistas que menores de 16 años”, advierte Rafael Bengoa

Una mejor atención de los pacientes con enfermedades crónicas evitaría hasta un 75% de reingresos en el hospital. Según este cálculo, un servicio asistencial que tuviera como principal objetivo el cuidado de las personas con problemas de salud incurables vería reducir hasta un 13% el total de ingresos hospitalarios. Ambos datos han sido dados a conocer hoy por el consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco, Rafael Bengoa, durante su intervención en un desayuno de trabajo organizado en Madrid por la consultora Pricewaterhouse Coopers y la multinacional de software Oracle.

El acto ha contado con la presencia de destacados miembros del Gobierno central, el Congreso de los Diputados, varios gobiernos autonómicos, así como representantes del ámbito de la salud, las finanzas y el mundo empresarial.

Bengoa ha explicado que los sistemas de salud, públicos y privados, se encuentran en la actualidad ante el reto sanitario más importante de las últimas décadas. “No podemos seguir manteniendo una atención perfectamente diseñada para resolver complicaciones agudas, como infartos de miocardio, cuando lo que tenemos ante nosotros es una auténtica epidemia de enfermedades crónicas”, ha dicho.

La actividad diaria en hospitales y centros de salud da prueba de ello. El 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios corresponden a pacientes con enfermedades como asma, diabetes e hipertensión. “Los niños del ‘baby boom’ ya se han hecho mayores. Muy pronto, en España, habrá más pensionistas que jóvenes menores de 16 años”, ha advertido.

El consejero vasco de Sanidad y Consumo ha apostado por un modelo asistencial que permita un mejor seguimiento de los pacientes, que se adapte al perfil de cada uno de ellos y que les dote de un mayor protagonismo en el cuidado de su enfermedad.

“Tenemos que asegurarnos de que el paciente se mantenga constantemente en la pantalla de radar del sistema, lo que nos permitirá conectar continuamente con él y hacerle un seguimiento exhaustivo de su evolución”.

La transformación propuesta por Rafael Bengoa supone no sólo un cambio de organización asistencial, sino también una nueva forma de ejercer el liderazgo. El modelo de gestión centralizado que ha sido válido durante las últimas décadas, y que las comunidades autónomas adoptaron, ha dejado de ser válido. “Ha sido útil, pero ya no genera confianza ni sirve para aprovechar la energía del sector”, ha dicho.

Bengoa defiende un modelo de estructura que propicie una mayor colaboración de los profesionales y los usuarios. El nivel central, a su entender, ha de transformarse en una entidad menos gestora y más estratégica, que permita que los profesionales construyan desde abajo y que se apoye en ellos, creando capacidad de liderazgo local.

“Habrá que ser más humildes y también más valientes para reconocer que el 80% de las grandes ideas no surgen en lo alto de la pirámide, sino en la misma base”.

“Esto implica –ha añadido– una reconceptualización de la forma de gestionar el sistema. Hasta hace poco, la presunción era que el ámbito de decisión de la organización usaba su poder para establecer la estrategia, para crear estructuras y sistemas para ‘dirigir’ de arriba a abajo a los profesionales sanitarios.

Esto suponía un cierto nivel de conformismo por parte de los profesionales. Era un modelo heredado de la era de la industrialización. Hoy, en la era de la información, el conocimiento es el recurso más necesario. ¿Quién tiene ese conocimiento y esa experiencia? Está en el ámbito operativo. El objetivo ahora debe ser captar ese conocimiento de los profesionales y construir sobre él”.

La intervención del consejero de Sanidad y Consumo de Euskadi ha sido seguida, entre otros, por la vicepresidenta del Congreso de los Diputados, Ana Pastor; el delegado de la Generalitat en Madrid, Josep Cuervo; y Laurie Smolenski, titular de la sección económica de la Embajada de Estados Unidos en España.

Entre los asistentes, también ha habido representantes de diferentes consejerías de Sanidad, aseguradoras sanitarias, empresas de equipamiento médico, algunas de las principales empresas farmacéuticas, hospitales públicos y privados y destacadas compañías de servicios sanitarios y constructoras, entre otros.



COLOQUIO CON EL CONSEJERO VASCO EN PWC

“CONTRATAREMOS MÁS VECES CON LA SANIDAD PRIVADA QUE OFREZCA UN SERVICIO INTEGRAL QUE CON LA QUE HAGA SÓLO PROCESOS PUNTUALES”

ADEMÁS DE SU INTERVENCIÓN INICIAL EN POWER POINT, QUE REPRODUCIMOS EN NUESTRO DOSIER ESPECIAL Y QUE RESULTÓ MUY NOVEDOSA, PORQUE PARECE MÁS LA DE UN PROFESOR UNIVERSITARIO CON INICIATIVAS DIFERENTES QUE LA DE UN CONSEJERO DE SANIDAD, RAFAEL BENGEOA MANTUVO AYER UN INTERESANTE COLOQUIO CON LOS ASISTENTES A SU CONFERENCIA EN PRICE WATERHOUSE COOPERS, DEL QUE A CONTINUACIÓN HACEMOS UNA REPRODUCCIÓN CASI ÍNTEGRA.

→ Pilar Muro (Quirón).- “Mi pregunta es sobre cómo cree que la sanidad privada puede colaborar en todo ese futuro de la sanidad. Nada más, muchas gracias”.



→ **Rafael Bengoa:** Yo creo que la sanidad privada tiene que hacer la misma migración. Hacia un modelo en el que se está gestionando probablemente un sistema primario hospitalario más complejo que a veces hay en nuestro país. Porque en términos de calidad y seguridad y de buena gestión de enfermos crónicos creo que la privada, igual que la pública va a necesitar de algún “subsistemitita” para hacer las cosas bien.

También en términos, ya como financiador, en el País Vasco seguimos una lógica de conexión complementaria con la privada. Creo que somos la tercera o cuarta comunidad autónoma en el país en términos de volumen de actividad privada. Y pensamos que, ya como financiador, probablemente se contraten, así de cara al futuro, más servicios a la privada que ofrece una gestión integrada de un paciente que no sólo una actividad concreta. Entonces aquella privada que consiga poco a poco, igual que nosotros, montar un subsistema en que se está ofreciendo un proceso asistencial completo. Creo que será mejor vista desde los financiadores públicos que aquella que igual sólo ofrezca una actividad puntual. Aunque ésta, obviamente, nos va a seguir viniendo bien. Porque vamos a seguir necesitando hacer obviamente listas de espera y todo eso. Pero creo que poco a poco la privada en Estados Unidos, en parte en Inglaterra, se ve que están haciendo el mismo movimiento migratorio que el que he explicado. Y lo están haciendo por razones de gestión, por razones económicas.

→ **¿Qué papel cree usted que deben de jugar las organizaciones de pacientes en la transmisión de educación a los asociados?**

→ **Rafael Bengoa:** En España somos muy de varita mágica como he explicado antes. Y la nueva cosa “sexy” encima de la mesa es la educación del paciente. Yo creo que va ser una de las soluciones pero no es la única. Es decir, mover sólo esa polea –como están diciendo unos, que eso va a arreglar el mundo– va a pasar lo mismo que con otras cosas que hemos intentado mover antes. Yo creo que hay que hacer una cosa que no creo que se esté haciendo en España. Que es una forma estructurada y organizada. Probablemente con un modelo muy parecido al de la Universidad de Stanford. Que ya con evidencia prueban que un paciente educado (y hay que invertir en esa educación con enfermería especializada con esa función) es un paciente mucho mejor controlado que un paciente que no está educado de una forma organizada, estructurada.

Nosotros en el País Vasco vamos a lanzar una experiencia piloto alrededor de la educación al paciente. Para aprender cómo hacerlo. Nuestra propia forma de hacerlo. Y ver en qué tipo de cuadros hace falta invertir para conseguir... Pero todo dentro de un marco de las otras poleas. Yendo entonces a la pregunta concreta de las asociaciones. Las asociaciones no están del todo cómodas con esta idea de estar englobadas en un gran grupo que se llama crónicos.



COLOQUIO CON EL CONSEJERO VASCO EN PWC

“EN EL INTERNET SANITARIO HAY MUCHO “CHARLATÁN” QUE ESTÁ HACIENDO UN GRAN DAÑO A LOS PACIENTES”

Porque ellos tienen una identificación individual con diabetes, enfermedades reumáticas, epilepsia o lo que sea. Entonces hace falta buscar un equilibrio entre la lógica individual, identidad del asociacionismo y jugar con el tercer sector de una forma nueva. Y al mismo tiempo decir que vamos a organizar una sanidad que está estructurada. Que les va a venir bien un poquito a todos.

Un ejemplo concreto: si tenemos un enfermero o una enfermera que sabe hacer educación al paciente para la diabetes, también lo sabrá, obviamente, hacer para el sida y para la hepatitis B, que son también enfermedades crónicas. Y por tanto, pensamos que invertir en términos genéricos, en personal que sabe trabajar la educación al paciente o que sabe hacer algunas funciones nuevas como la enfermería de enlace, son útiles para todas las enfermedades crónicas. Entonces eso es donde yo creo que hace falta algo de pedagogía con el tercer sector. Para que comprendan porqué es bueno para ellos ir en este grupo de crónicos.

→ **Juan José Artells (Fundación SIS.-Novartis).**- Hace muy poco dimos por terminado un trabajo sobre la calidad de la información que recibe el paciente. La información digital, la información en prensa y la información por otros vehículos audiovisuales. Estoy hablando de una división muy micro pero que tiene que ver con uno de los fulcros que has apuntado. Que es lo que los ingleses pomposamente llaman “dar voz al paciente”. Para dar la voz al paciente yo creo que hay que empezar por cerciorarse de que la información que se da al paciente es una información veraz, actualizada. Y con tanto soporte en evidencia clínica como cualquier otra información que circule. En este sentido, ¿os proponéis algún tipo de conciliación entre regulación y competencia para mejorar esto?

→ **Rafael Bengoa.-** En eso yo creo que no hemos pensado mucho. Mi opinión personal es que hay mucho charlatán, obviamente, en la web. Y están haciendo bastante daño a muchos pacientes. Los pacientes crónicos son particularmente susceptibles a este tipo de remedios milagro. Por lo tanto sí hace falta algún tipo de –no sé si llamarlo “norma”– desde la Administración para que aquellos ciudadanos que entren en un sitio web sepan que esta información es fidedigna o no.

Yo creo que no me gustaría de todas formas ver un exceso de regulación en el tema. Y creo mucho más en montar un sistema en el que los ciudadanos, en el caso mío de los vascos y las vascas tengan un proceso a nivel de los ambulatorios, a nivel de los centros de salud en el que realmente tienen algún proceso de apoyo. Que en términos genéricos llamaríamos educación al paciente. Pero ya organizado y estructurado que ahora no existe. Eso está vacío. Entonces por un lado, ver qué tipo de mecanismos, que además ya hay en 1 ó 2 que se ofrecen para indicar al paciente que entra en la web buscando información sobre su enfermedad, que esto es charlatanería, esto no lo es. Y por otro lado un proceso de educación al paciente organizado. La suma de estas dos cosas yo creo que hará que el paciente pueda ser, como queremos, más proactivo y tener más..., mejor gestionada su enfermedad.

→ **José Ramón Repullo:** “Creo que es un soplo de aire fresco oír estas cosas. Que suenan distintas cuando no eras Consejero de cuando eres Consejero. En todo caso creo que esta es la agenda del futuro. Está claro. Ésta es la música, quizás no del todo la letra, pero ésta es la música que hay que tocar. Desde lejos o desde fuera del País Vasco, muchos vemos Osakidetxa como una estructura con muchas potencialidades de gestión. Por lo tanto, a priori la meso-gestión permitiría moverse más rápido que en otros lugares. Sin embargo, el gran reto obviamente, y lo ha señalado, está en la micro gestión. En este momento, muchos opinamos que el enfoque “agudos” está creando un problema dramático en la atención hospitalaria, por ejemplo. Es lo que Pepe Conde llama el paciente repartido y fragmentado. O lo que también se llama “medicina hospitalaria basada en el atolondramiento”.



COLOQUIO CON EL CONSEJERO VASCO EN PWC

“PONDREMOS EN MARCHA UNAS 20-25 EXPERIENCIAS DE GESTIÓN PROPIA PARA MÉDICOS DE PRIMARIA”

Hay un gravísimo problema porque no sabemos responder a los problemas de salud del paciente crónico. Y tampoco del agudo pluri-patológico. Por lo tanto, yo creo que ha marcado bien la agenda. Quizás un poco la pregunta que le haría es: ¿hacia dónde situaría, dentro de Osakidetxa, los cambios que hicieran que el comportamiento de los profesionales empezara a orientarse en esa vía? Esa sería un poco mi pregunta.

→ **Rafael Bengoa.-** Como no creo que se puede, como he explicado, hacerlo por decreto, –que es lo que hemos estado haciendo en los últimos 30 años, entre ellos yo mismo allí– hay que abrir una nueva forma de procesar la demostración y experimentación al sistema. Creo que la reconexión con los profesionales es devolverles a un centro de salud tipo, a un área con los gerentes locales, devolverles algo el control de su área, de su zona, de su microcosmos. Devolver, ¿qué quiere decir? Pues que Osakidetxa permita a un grupo local buscar mejoras en Irún que van a ser diferentes a otras mejoras en Bilbao o en Getxo o en Vitoria.



Nosotros lo que vamos a hacer es lanzar 20 ó 25 experiencias de demostración. Hemos organizado una organización que se llama Bio-Berri para ayudar a las organizaciones de primaria hospitalaria a razonar así con método y con apoyo organizativo. Entonces es una organización que está para eso. Eso es lo que tiene que hacer.

Apoyar lateralmente a las organizaciones a crear capacidad local para que lo puedan hacer. Y Osakidetxa lo que tiene que permitir, y yo mismo, es permitir que a nivel local puedan jugar con su sistema. Esto es completamente diferente a un modelo, que hemos heredado, en el que se le decía a todo el mundo todo el tiempo lo que tenía que hacer. Cómo tenía que estar organizado. Cómo tenía que fluir el paciente. De forma normada para todo el País Vasco. Como si alguien en el centro de la organización supiera cómo hay que hacer todo en todos los sitios del País Vasco. Pero esto es un acto de unidad que nos cuesta mucho, como sabéis, a los bilbaínos. Que es importante lanzar en la organización y creo que es la forma nuestra de reconectar con los profesionales. Es decir: “mira ahí tienes tu organización. Se te va a permitir jugar con esa organización y tal...” Bien, de todo ese ruido, de toda esa experimentación, de 20 ó 25 experiencias nosotros entonces arriba lo que tenemos como Comunidad es ver qué tendencias, qué es lo que hay que conectar: “Fijaros lo que han hecho en Irún, ¿por qué no hacen lo mismo en Getxo?” Ese tipo de lógica. En lugar de... Entonces va a ser más lento, va a ser mucho más caótico. Pero yo estoy bastante cómodo con esa lógica caótica.

→ ¿Consejero cuál es su visión a medio plazo del sistema de incentivos más lógico que dirigiría a los profesionales a implantar este cambio organizativo y de mentalidad?

→ **Rafael Bengoa:** Creo que hay dos: es la asignación de recursos a los hospitales y a la primaria por contrato-programa o no. Pero la asignación de recursos tiene que estar lanzando señales de integración y señales de crónicos. Por lo tanto, el contrato-programa tiene que decir “*lo que espero es que os unáis*”. Y eso es lo que llaman en muchos sitios un contrato integrado, etc. Para fomentar desde el financiador a un cambio organizativo por los proveedores a nivel local. Esto ya es, yo creo, empezar a jugar con por lo menos la asignación de recursos y tal. La experiencia inglesa de conectar con los profesionales vía incentivos ha tenido unos resultados bastante interesantes en términos de resultados. Porque los de atención primaria en Inglaterra han subido un 25 por ciento su sueldo, que ya era muy alto, bastante más alto que el nuestro.



COLOQUIO CON EL CONSEJERO VASCO EN PWC

“NO PODEMOS SEGUIR LA LÓGICA DE BAJAR EL CUPO A LOS MÉDICOS. AUNQUE EN TEORÍA LO HAGAMOS, AL FINAL SIGUEN VIENDO 35 PACIENTES POR DÍA...”

Y al mismo tiempo han controlado algunas cosas en enfermedades crónicas. Pero ellos mismos dicen que ahora que eso es impagable. Entonces esa lógica se está evaluando. Yo creo que estarán viendo un poquito como se puede manejar eso. A mí me gusta más lo que estoy viendo en países nórdicos o en algunas cosas en Canadá. Donde la motivación, el incentivo es, obviamente, reducir el número de cupos, hacer que la vida clínica sea relativamente fácil, más fácil que lo que ha sido hasta ahora con volumen de pacientes pero al mismo tiempo devolver a los clínicos locales el control de su contexto. Eso se llamaba gestión clínica en la época en que Juanjo y yo estábamos escribiendo el Informe Abril. Que era una forma de devolución. Pero que en España no ha prendido. Es una cosa un poco rara en términos hospitalarios. Y ahora creemos que el movimiento que hay que hacer es esta devolución a los profesionales.

Yo creo que eso será en parte motivador. Seguir rebajando, como decía antes, el cupo. Antes estaba en 1800, luego en 1700 y ahora, en el País Vasco, va a ser 1500 y es muy interesante. Como movimiento que se pensaba que era motivador pero resulta que ahora quiere 1350. Entonces al final va a haber un médico por paciente o algo así.

Pero lo importante es que no podemos seguir esa lógica. Porque es interesante que –ellos mismos lo dicen, en este caso los de primaria– cuanto más bajas, ellos no salen de su carrera de ratas. El *rat race* en el que están metidos en atención primaria. Siguen teniendo mucha actividad, siguen teniendo 35 pacientes al día. Aunque hayas bajado de 1800 a 1500. Entonces, ¿eso qué es lo que indica? Que estamos atrapados en un modelo en el que estamos intentando gestionar ciertas cosas rebajando el volumen asistencial de los médicos. Y lo que hace falta es cambiar el modelo hacia otra cosa.

→ Tengo una pregunta desde el punto de vista de la industria farmacéutica innovadora y de tecnología sanitaria. ¿Cuál es el papel que espera que juguemos?

→ **Rafael Bengoa:** Un *win-win*. Hay gente que va a llamar a lo que voy a decir una medicalización de la sanidad. Pero sin embargo, si cogemos un paciente tipo, con 30-35 años que empieza su diabetes, empieza su hipertensión o empieza su reumatismo, ese paciente en un modelo pasivo como el nuestro aparece al cabo de 10 años en el sistema. Porque son enfermedades silentes. Pero esa persona ya está enferma desde los 35 años.

Poner que aparece a los 45 años. En un modelo mucho más proactivo de identificación con estratificación de riesgo y de identificación obviamente uno va a estar haciendo medicina más individualizada más pro-activa. Si uno está haciendo con ese paciente de 35 años, y lo identifica, algunos sabemos que nos va a bastar con cambios de estilo de vida para mejorar. Y a otros nos va a hacer falta un medicamento. A una persona que está aparentemente sana.

Pero lo que queremos es que esa persona no llegue a los 60 años con problemas en los ojos, en los riñones etc. Y si para eso hay que hacer una pre-medicalización a estos pre-crónicos yo creo que esa es la idea preventiva que hace falta. Pero obviamente sin pasarse. Y siempre aplicando una lógica de salud pública antes que una medicamentosa.

¿Qué quiero decir? Que, por ejemplo, sabemos que el 60 por ciento de los diabéticos se pueden controlar con mejoras de estilo de vida en términos de su peso, su ejercicio, etc. Y que eso controla la diabetes tipo II de una forma importante. Hay unos que son poco reactivos a esto y hace falta medicación. Es un *win-win*.



COMPARECENCIA DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL AYER MIÉRCOLES EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS PARA INFORMAR SOBRE LAS MEDIDAS QUE EL GOBIERNO TIENE PREVISTO ADOPTAR EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN GENERADA POR LA GRIPE A H1N1 EN NUESTRO PAÍS

Señor Presidente, Señorías, Comparezco nuevamente en esta Comisión para informar sobre la situación epidemiológica de la gripe A H1N1 en nuestro país, así como sobre las medidas y actuaciones que el Gobierno está adoptando y tiene previsto adoptar para hacer frente a la pandemia.

Señorías, esta es la quinta vez que comparezco en las Cortes para informar, de manera específica, sobre la evolución de la gripe, desde que se declaró la alerta global a finales del pasado mes de abril —es decir, desde hace poco menos de seis meses.

Como saben, desde el primer momento, me comprometí a transmitirles a todos ustedes, de forma periódica, información rigurosa sobre la evolución de la epidemia en España y sobre las medidas adoptadas por el Gobierno, de acuerdo con las Comunidades Autónomas —y en base al trabajo de los respectivos comités técnicos, que incorporan las aportaciones de los expertos.

Por ello, quiero agradecerles una vez más —a todos los grupos políticos aquí representados— su apoyo permanente. Sin duda, esta disposición nos ha permitido reforzar, ante los ciudadanos, un mensaje necesario de tranquilidad, seguridad y confianza en las autoridades sanitarias.

Señorías, quisiera, ahora, comentar los últimos datos disponibles sobre la situación epidemiológica en España.

En primer lugar, la tasa estimada de gripe clínica en atención primaria, en la semana del 27 de septiembre al 3 de octubre, fue de 94,72 casos por 100.000 habitantes. Esto permite calcular que en España se podrían haber producido, en la semana mencionada, 42.327 casos de gripe clínica.

De los casos analizados, el 95,8% ha resultado positivo para el nuevo virus de la gripe A H1N1. Por lo que se estima que el número de casos de nueva gripe pandémica que podrían haber ocurrido esta semana sería de unos 40.564.

En segundo lugar, a fecha 8 de octubre, se han producido 43 fallecimientos relacionados con la gripe A. La tasa de letalidad acumulada desde la semana 27 —desde que se informa a partir del sistema de vigilancia por Médicos Centinela— es de 0,17 fallecidos por cada mil afectados de gripe A H1N1.

En cualquier caso, quiero subrayar que continuamos con una situación clínica en la que prácticamente la totalidad de los casos cursan con un cuadro leve, con una evolución favorable y responden a los tratamientos convencionales.

Comparados con los datos de las semanas precedentes —en las que la situación se podía calificar, en términos generales, de estable— estas dos o tres últimas semanas se habría producido un incremento sostenido de la incidencia, siempre dentro de lo previsible al adentrarnos ya en el otoño, hasta superar el umbral epidémico.

Ahora bien, la mayor propagación del virus no implica una mayor peligrosidad, como así lo indican los datos. Por tanto, aunque se advierta una tendencia al incremento de la frecuencia —que es, por otra parte, previsible a medida que se acerca el invierno— los datos de mortalidad son absolutamente estables.

Señorías, lo cierto es que el nivel de preocupación ciudadana sobre la evolución de la nueva gripe, tanto en España como a nivel internacional, es ahora mucho más proporcional a la situación real de lo que era hace unas semanas. Y creo que todos nos debemos de felicitar por ello.

Como saben, hemos hecho un esfuerzo permanente para, desde el primer momento, desarrollar una política de transparencia y rigor en la transmisión de la información. Hemos querido dar en todo momento, una respuesta proporcionada a la situación y, sobre todo, basada en la evidencia científica acumulada hasta la fecha. Y hemos ido adoptando una serie de medidas y decidiendo distintas actuaciones, con la colaboración de todos —también de ustedes— que han contribuido a reforzar, como señalaba, un mensaje de confianza en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Sin duda, esta es la obligación del Gobierno. Pero también coincidirán conmigo en que debemos seguir trabajando para anticipar cualquier eventualidad.

Como saben, seguimos en alerta y no vamos a bajar la guardia. Esto significa:

- En primer lugar, que tenemos activados todos los mecanismos de vigilancia y mantenemos una enorme coordinación con los sectores científicos y profesionales, dado que son finalmente los profesionales sanitarios quienes han de aplicar las medidas y éstas tienen que estar basadas en las evidencias científicas disponibles.
- En segundo lugar, que seguimos actuando en estrecha coordinación con la Organización Mundial de la Salud y los órganos de la Unión Europea, alineando nuestras decisiones con las directrices establecidas por las autoridades sanitarias internacionales.
- Y, en tercer lugar, que la coordinación institucional es permanente con las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas. Estamos desarrollando una respuesta única y común basada en el acuerdo unánime con las Comunidades Autónomas, lo cual contribuye a reforzar la credibilidad social de las medidas adoptadas en cada momento.

Como ya he hecho en numerosas ocasiones, quiero reconocer y agradecer expresamente, una vez más, el esfuerzo conjunto de todos, para actuar de manera rápida y coordinada —y, especialmente, el trabajo de los profesionales sanitarios, que han estado a la altura de las circunstancias en todo momento. En la ronda de encuentros con todos los Presidentes de las Comunidades Autónomas —que he iniciado hace unas semanas— para informar sobre la evolución de la gripe A H1N1, he tenido la oportunidad de expresar mi agradecimiento y, sobre todo, la lealtad institucional manifestada por la totalidad de Consejeros y Consejeras de todas las Comunidades Autónomas.

Esta lealtad nos ha permitido alcanzar una posición de unanimidad en el conjunto de decisiones acordadas, contribuyendo decisivamente a dar una mayor seguridad y tranquilidad a los ciudadanos.

Precisamente, en el próximo Consejo Interterritorial —el quinto que se reúne para abordar este asunto— queremos continuar con esta línea de trabajo basada en el consenso. Esta reunión nos servirá, principalmente, para adoptar medidas concretas sobre la estrategia de vacunación que va a seguir España.

Como saben, España ha adquirido vacunas para dar cobertura hasta a un 40% de la población española —además de proceder a hacer una reserva adicional que nos permitirá vacunar incluso hasta el 60% de la población si fuera necesario.

La definición de los grupos de riesgo también ha sido ya acordada unánimemente por el Consejo Interterritorial —refrendando la propuesta que nos había hecho, en su momento, la Comisión de Salud Pública.

No obstante, en la próxima reunión del Consejo Interterritorial, que se celebrará el 22 de octubre, Gobierno y Comunidades Autónomas revisaremos las recomendaciones de las autoridades sanitarias internacionales, las evaluaciones de los grupos técnicos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la propia evolución de la epidemia para ratificar o actualizar, si fuera necesario, esta definición. Sí quiero transmitirles que el criterio de la Comisión de Salud Pública, que se reúne casi semanalmente, continúa siendo de manera unánime mantener estos grupos de riesgo.

Por otro lado, la vacuna estará disponible en España para iniciar la estrategia de vacunación en la fecha que nos recomiende la Comisión de Salud Pública y que previsiblemente se situará en torno a mediados del mes de noviembre —de hecho, ya se han empezado a recibir las primeras dosis en las instalaciones de los laboratorios a los que hemos hecho la adquisición.

Quiero insistir en la importancia de la seguridad en la vacuna, porque las autoridades sanitarias y la EMEA estamos siendo y vamos a ser especialmente cuidadosos en garantizar, al máximo posible, la efectividad y, sobre todo, la seguridad de las vacunas.

Como saben, el pasado 25 de septiembre, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) hizo público su dictamen técnico favorable sobre la seguridad y eficacia de las dos primeras vacunas (Novartis y GSK) y, el 2 de octubre, sobre la tercera (Baxter). Unos días más tarde, la Comisión Europea hizo pública, también, su decisión de autorizar su comercialización en todos los Estados miembros de la Unión Europea. Es decir, los datos de los ensayos clínicos realizados a nivel internacional apuntan a la efectividad y seguridad de la vacuna que vamos a administrar.

Con estos datos ya disponibles, el próximo Consejo Interterritorial del 22 de octubre también va a abordar la definición del calendario de vacunación frente a la gripe A H1N1 en nuestro país. Como he señalado anteriormente, se podrá iniciar la campaña a mediados de noviembre, una vez que todas las Comunidades Autónomas hayan finalizado la vacunación frente a la gripe estacional. También quiero anunciarles que tengo la intención de proponer al Pleno del Consejo Interterritorial —una vez sea considerado por la Comisión de Salud Pública— la autorización de la disponibilidad, a partir del próximo día 1 de noviembre, de los medicamentos antivirales en las oficinas de farmacia, para que puedan ser dispensados siempre con receta médica.

Señorías, acaba de celebrarse un Consejo extraordinario de Ministros de Sanidad de la Unión Europea —reunido en Luxemburgo este lunes pasado, para analizar las últimas novedades sobre la evolución de la gripe pandémica AH1N1.

Las conclusiones de esta Cumbre reconocen el importante trabajo conjunto realizado por todos los Estados miembros.

Igualmente, las conclusiones inciden en la necesidad de continuar con una acción coordinada a nivel europeo, en el marco de las directrices técnicas que los organismos sanitarios de la Unión Europea están estableciendo en función de la evolución de la epidemia. Es decir, se ha acordado mantener la coordinación entre países, así como la alerta de nuestros sistemas sanitarios y nuestros sistemas de vigilancia epidemiológica.

Porque no hay que olvidar que debemos ser cautos y tener en cuenta que, durante el invierno, puede presentarse una situación difícil para la que hemos de estar preparados y atentos.

Por último, señalar que el Consejo ha ratificado los grupos de riesgo propuestos por el Comité de Seguridad de la Unión Europea —y que ya fueron adoptados por España en el Pleno del Consejo Interterritorial celebrado el 31 de agosto pasado.

Señorías, no quisiera terminar mi intervención sin avanzarles las líneas de la segunda fase de la campaña informativa, puesta en marcha por el Ministerio de Sanidad y Política Social —y que tendré la oportunidad de presentar públicamente en los próximos días.

Si, inicialmente, nuestro objetivo fue trasladar un conjunto de consejos preventivos básicos, eficaces, dirigidos a la población general, en esta segunda fase los elementos principales son:

- En primer lugar, reforzar la confianza de los ciudadanos en el Sistema Nacional de Salud.
- Y, en segundo lugar, insistir en la necesidad de hacer un uso adecuado y responsable de los servicios sanitarios.

La campaña mostrará, también, mediante la presentación de personas que ya han padecido la nueva gripe, que es una enfermedad benigna en la gran mayoría de los casos.

En fin, señorías, he querido expresamente hacer una comparecencia breve y no extenderme en explicar medidas que ya han sido adoptadas por Gobierno y Comunidades Autónomas y que son ampliamente conocidas.

En todo caso, quisiera resaltar especialmente el importante ejercicio de responsabilidad que todos hemos practicado estas últimas semanas para no generar una alarma social injustificada que pudiera confundir a la población.

Insisto, una vez más, en la necesidad de trasladar un mensaje de tranquilidad a los ciudadanos. Y estoy segura de que, en este empeño, puedo contar con la colaboración de todos ustedes, como así ha ocurrido hasta ahora. No tenemos que cambiar nuestros hábitos de vida. Las autoridades sanitarias estamos vigilantes y atentas día a día, y estamos preparados para cualquier eventualidad.

Estoy, ahora, a su disposición para ampliar la información que ustedes me requieran, así como para considerar todas aquellas sugerencias que sus señorías quieran hacerme llegar.

Muchas gracias, de nuevo.



REPLICA DE ANA PASTOR EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS DURANTE LA COMPARECENCIA DE LA MINISTRA DE SANIDAD DE AYER MIÉRCOLES

Muchas gracias Sra. Ministra y sea Ud. de nuevo bienvenida.

He escuchado muy atenta su intervención y como en ocasiones anteriores, en nombre del Grupo Parlamentario Popular al que represento, mi intervención va a estar marcada por la responsabilidad y la lealtad institucional ante un asunto de salud pública como el que nos ocupa.

Esta pandemia está afectando y va a afectar a la salud y a la vida de miles de españoles, está afectando al funcionamiento de los servicios sanitarios, y – desde aquí – quiero enviar mi agradecimiento más sincero a todos los profesionales sanitarios por su especial dedicación a lo largo de esta crisis.

Análisis de situación.

94,72 casos por 100.000 habitantes

43 fallecidos

Tasa de letalidad 0.17 por mil afectados de Gripe A

Algunas preguntas, Sra. Ministra:

MORBILIDAD

¿Cuál es el número total de afectados por la gripe A?

¿Cuántos de los afectados son niños?

¿Cuántas son embarazadas?

¿Qué tasa de ataque tienen estos grupos de población?

¿Qué opinión le merece que no todas las Comunidades Autónomas tengan red de médicos centinela?

PROTOCOLOS

¿Son comunes los protocolos de control de infección en los servicios sanitarios? ¿Y los de manejo de la nueva gripe A en UCI? ¿Y los de manejo clínico en atención primaria? ¿Y el uso de pruebas en el diagnóstico de la nueva gripe?

¿Hay un protocolo de prevención de la nueva gripe en mujeres embarazadas sobre todo en el medio laboral?

Sra. Ministra,

Se ha iniciado ya la campaña vacunal frente a la Gripe estacional, ¿Por qué, Sra. Ministra, los criterios no son los mismos en toda España?

ANTIVIRALES.

Ud. En Julio en esta Cámara dijo que “los antivirales se administran dentro de las primeras 48 horas desde el inicio de la enfermedad”,

¿Puede Ud. Asegurarnos que los criterios de aplicación de antivirales son los mismos en todo nuestro país, tanto en los casos como en los contactos?

Sra. Ministra sabe ¿por qué a muchos de los afectados se les ha dado antivirales más allá de las 72 horas del inicio del cuadro clínico?

Hablando de antivirales,

¿Cuántos están ya envasados y disponibles para su administración?

Me alegro mucho Sra. Ministra de que vd por fin haya tomado la decisión de que los antivirales vuelvan a las oficinas de farmacia

¿Qué ritmo de encapsulado se está siguiendo?

¿Sabe Ud., que en este momento las personas que pertenecen a las mutualidades de funcionarios están teniendo dificultades para el acceso a los antivirales?

¿Cómo se está asegurando el adecuado adiestramiento y utilización de estos fármacos para evitar la aparición de resistencias?

VACUNAS.

Sra. Ministra:

¿Tiene previsto el cronograma de vacunación?

¿Ha decidido ya si se va a vacunar con una sola dosis, a pesar de lo que recoge la ficha técnica de la EMEA?

¿Cuántas vacunas tenemos ya en España?

¿Cuántas tendremos a final de mes?

¿Por qué grupo de riesgo empezará a vacunar?

¿Va a incluir a los menores y jóvenes entre 6 meses y 14 años?
(Son los que tienen más tasa de incidencia y los mayores transmisores del virus).

Sabemos que el 60% de los casos afectados por A H1N1 son menores de 18 años y que el niño es el gran diseminador de todas las gripes.

Ud. nos ha dicho que se han comprado 37 millones de dosis de vacuna frente a la gripe A,

¿Cuántas dosis son de vacuna adyuvada y cuántas de vacuna no adyuvada?

¿Con qué fecha tomó la decisión de comprar vacuna no adyuvada?

¿Por qué optó por la compra de 37 millones de dosis de vacuna adyuvada?

¿Qué criterios va a llevar al Consejo Interterritorial respecto a los grupos de riesgo a vacunar?

Ud. el 27 de julio en esta Cámara habló de vacunar, dijo entonces y entrecomillo:

“En 1er lugar, a los trabajadores sanitarios y de otros servicios esenciales básicos;

en 2º lugar, las mujeres embarazadas y

en 3er lugar, **los niños, muy probablemente hasta los 14 años** y por último, todas las personas afectadas con patologías crónicas severas”, mi pregunta ahora es Sra. Ministra:

¿A quién se va a vacunar finalmente?

¿Se va a vacunar a los funcionarios de prisiones?

¿Se va a vacunar a los niños sanos?

¿A los maestros?

¿Cómo valora el Ministerio que muchos profesionales sanitarios no quieran vacunarse?

Respiradores.

Algunos pacientes de Gripe A, como bien conoce, sufren afectación pulmonar y requieren respiración asistida, me consta que han estado elaborando un registro del número de respiradores con el que cuenta el SNS. ¿nos podría informar de cuántos?

Centros de salud y centros de trabajo.

El funcionamiento de los servicios sanitarios en estos días, especialmente, los centros de salud y servicios de urgencia están teniendo una carga asistencial elevada.

¿Ha pensado en la posibilidad de poner en marcha un mecanismo ágil para la tramitación de las bajas laborales de los trabajadores y así hacer que los profesionales tengan más tiempo para atender a los pacientes?

¿Tienen elaborado algún informe sobre la repercusión económica hasta ahora de las bajas laborales?

¿Cuántas bajas por gripe ha habido a día de hoy?

Presupuestos Generales del Estado para 2010.

En los Presupuestos Generales del Estado para 2010 no hay partidas para posibles contingencias de Gripe A,

¿No le parecería razonable que la Gripe A hubiera aparecido en la Memoria de los Presupuestos Generales y que tuviera una partida presupuestaria y sobre todo, si tenemos en cuenta que el presupuesto en salud pública ha decrecido?

Pero, además Sra. Ministra, me gustaría de nuevo hoy hacerle unas propuestas que me parecen razonables y que están basadas en el conocimiento y la evidencia científica.

Propuestas.

La primera: protocolos clínicos comunes y sobre todo, definición de criterios de administración de antivirales tanto para casos como para contactos y disponibilidad ya en farmacias para que puedan ser prescritos por los profesionales y dispensados en las mismas.

Con un único objetivo: que todas las personas que presenten riesgo clínico se les pueda prescribir Oseltamivir en las primeras horas.

Segundo: Vacunas, he entendido por sus manifestaciones, que sigue sin precisar los grupos de riesgo en nuestro país.

Las mujeres embarazadas y niños son un grupo especialmente susceptible y vulnerable.

Yo Sra. Ministra, le propongo la inclusión de los niños, entre 6 meses y 14 años en los grupos a vacunar, ya que son especialmente susceptibles y, desgraciadamente, en muchos casos, vulnerables.

Hay que garantizar su vacunación y, si es posible, hacerlo con vacuna no adyuvada.

Como también hay que garantizar la vacunación de las embarazadas con vacuna no adyuvada, sobre todo, si tenemos en cuenta lo que dice la ficha técnica de las que han sido ya autorizadas por la EMEA. Leo Sra. Ministra:

“Embarazo y lactancia: actualmente no hay datos disponibles relativos al uso de PANDEMRIX durante el embarazo. Los datos obtenidos en mujeres embarazadas que han sido vacunadas con diferentes vacunas estacionales inactivadas no adyuvadas, no sugieren malformaciones o toxicidad fetal o neonatal”.

Y en el caso de FOCETRIA, lo mismo, *“actualmente no se dispone de datos sobre el uso de este medicamento durante el embarazo”.*

A mi juicio, están sin cerrar los servicios esenciales para nuestra comunidad así, por ejemplo, creo que es necesario vacunar a los funcionarios de presiones o a las personas que trabajan en los servicios de transporte público o las personas con discapacidad de los centros especiales de empleo, como ha pedido la CONACE.

Nadie puede entender, como se lo dije en su anterior comparecencia, que siendo el virus el mismo y la susceptibilidad de las personas de los diferentes países de la Unión Europea semejante, el criterio sea diferente.

Le sigo preguntando, bajo la frase, “habrá vacuna para todos los que lo necesite”, ¿quiénes son los que la necesitan?

Es necesario un plan especial de farmacovigilancia sobre posibles reacciones adversas.

Es necesario también que el inicio de la vacunación sea el mismo en toda España y lo antes posible.

Tercero: Seguimiento continuo de las áreas especialmente sensibles, servicios de urgencia, servicios de pediatría, UCI o la compra de un número suficiente de respiradores.

Cuarto: Plan de contingencia para los profesionales sanitarios, ya que tendremos que pedirles un sobre esfuerzo.

Quinto: planes para la prevención de la infección en los centros sanitarios, planes de continuidad y barreras de contención, es decir, **establecer los servicios médicos esenciales** en el caso de que más de un 20% de la población se viera afectada.

Sexto: planes de contingencia de todas las instituciones públicas y de todas las empresas.

Séptimo: protocolo para la atención a niños lactantes y menores de 2 años con la finalidad de poder hacer un diagnóstico de certeza ante la alta incidencia de bronquiolitis y catarros de vías respiratorias altas y el desarrollo de un diagnóstico diferencial rápido.

Octavo: financiación finalista para atender a la pandemia.

Noveno: atención domiciliaria y evaluar cómo está funcionando.

Décimo: estudios virológicos para el seguimiento de la pandemia, también en la serie animal por la posibilidad de mutación del virus.

Undécimo: plan de comunicación integral a todos los ciudadanos. Información transparente y fácilmente accesible, para que todos los ciudadanos tengan claro las pautas a seguir ante la Gripe A y argumentos sólidos sobre la seguridad de la vacuna a la vista del contenido de su ficha técnica y de la garantía del proceso de su autorización.

Doceavo: coordinación entre la gripe humana y animal, especialmente si tenemos en cuenta, brotes como los de Almonquera de gripe Aviar H7 en aves.

Se nos informó que ese está trabajado con el Ministerio de Agricultura, ¿cómo van esos trabajos?

¿Cómo se está comportando la gripe en aves?

¿Se ha asegurado la coordinación entre los sistemas de vigilancia de la gripe humana y animal?
¿Cómo?

Conclusiones:

Concluyo ya, Señorías.

El Partido Popular está arrimando el hombro y trabajando con responsabilidad para que haya criterios comunes y compartidos como lo hacen nuestras Comunidades Autónomas.

Le vuelvo a ofrecer, lealtad y trabajo.

Lealtad y trabajo, para lograr el menor impacto de la pandemia A H1N1 en nuestro país.

Cierre con frase de W. Churchill: “El político debe ser capaz de predecir lo que va a pasar mañana, el mes próximo y el año que viene; y de explicar después por qué fue que no ocurrió lo que predijo”, no se lo vamos a pedir sra. Ministra porque en Sanidad predecir es imposible pero sí le pedimos otras muchas cosas.

LA MINISTRA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, TRINIDAD JIMÉNEZ, PARTICIPARÁ EN ESTOCOLMO EN LA OCTAVA MESA REDONDA SOBRE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Trinidad Jiménez interviene **hoy, 15 de octubre**, en Estocolmo, en la octava Mesa Redonda sobre Pobreza y Exclusion Social.

La ministra intervendrá en un acto que contará también con la participación de la ministra de Sanidad sueca, la vicepresidenta de la Comisión del Parlamento europeo, el alcalde de Estocolmo y personas que sufren pobreza.

En su discurso, Trinidad Jiménez **explicará las bases que fundamentan la política social del Gobierno español** y que serán las que impulsará durante nuestra presidencia europea en el primer semestre de 2010.

Acabado el acto, las ministras de Sanidad española y sueca y la vicepresidenta de la Comisión del Parlamento Europeo mantendrán **un encuentro con los medios de comunicación**.

DÍA	Jueves, 15 de octubre de 2009
HORA	9:30h Comienzo de la mesa redonda 13:45h <u>Encuentro con los medios de comunicación</u>
LUGAR	Stockholmsmässan. Recinto Ferial de Estocolmo Mässvägen nº1 Älvsjö 12580-Estocolmo

1. INDICES NACIONALES: GENERAL Y DE GRUPOS

Grupo	Índice	% Variación Sobre mes anterior	%Variación En lo que va de año	%Variación En un año
1. Alimentación	108,0	0,0	--2,5	--2,4
2. Bebidas alcohólicas y tabaco	126,0	0,0	12,7	13,0
3. Vestido y calzado	95,5	3,6	--12,3	--2,2
4. Vivienda	111,9	--0,1	0,2	--0,3
5. Menaje	106,7	0,2	0,1	1,2
6. Medicina	97,4	0,1	--1,4	--1,2
7. Transporte	102,7	--1,5	3,2	--6,8
8. Comunicaciones	99,4	0,0	--0,3	--0,8
9. Ocio y cultura	98,6	--1,8	--1,1	--1,2
10. Enseñanza	112,5	0,7	0,9	3,2
11. Hoteles, cafés y restaurantes	112,4	--1,2	1,7	1,3
12. Otros	109,5	0,1	1,8	2,1
INDICE GENERAL	106,4	--0,2	--0,4	--1,0

5. INDICES DE COMUNIDADES AUTONOMAS: CRECIMIENTO DE MEDICINAS

CC. AA.	Indice	% Variación S/ mes anterior	% Variación En lo que va de año	% Variación En un año
Andalucía	95,5	--0,1	--2,5	--2,2
Aragón	100,9	0,2	--1,4	--1,2
Asturias	98,9	0,1	--0,6	--0,1
Baleares	96,0	0,0	--3,4	--2,9
Canarias	93,4	0,1	--2,4	--2,2
Cantabria	96,7	0,1	--1,7	--1,7
Castilla y León	100,5	0,0	--0,6	--0,4
Castilla-La Mancha	96,0	0,0	--2,2	--1,8
Cataluña	98,6	0,1	--0,5	--0,6
C. Valenciana	97,3	0,7	--1,1	--1,2
Extremadura	95,3	0,0	--2,6	--2,2
Galicia	97,9	0,1	--0,9	--1,1
Madrid (Comunidad de)	98,2	0,0	--1,1	--0,7
Murcia (Región de)	93,4	0,2	--2,7	--2,5
Navarra (C.Foral de)	100,7	0,1	--1,4	--0,8
País Vasco	98,8	0,0	--0,9	--0,5
La Rioja	99,7	0,6	--1,2	--1,0
Ceuta	94,2	0,4	--1,6	1,0
Melilla	95,5	0,0	--1,9	--1,7



Se trata de la primera ley de salud pública del Estado español que incorpora las tendencias internacionales más innovadoras

EL GOBIERNO APRUEBA POR UNANIMIDAD EL PROYECTO DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE CATALUÑA

- **La Ley reconoce la importancia de la acción interdepartamental e intersectorial para promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad.**
- **Además, permitirá trabajar contra las desigualdades en salud por razón de género, clase social y grupo étnico.**
- **Se crea la Agencia de Salud Pública de Cataluña, como órgano ejecutivo, gobernado conjuntamente por la Generalitat de Cataluña y los ayuntamientos.**

Catalunya disposarà de la primera llei de salut pública de l'Estat espanyol que incorpora les principals tendències internacionals en la vigilància de la salut, la promoció de la salut individual i col·lectiva, la prevenció de la malaltia i la protecció de la salut, responnent al mandat de la Unió Europea d'“assegurar un elevat nivell de protecció de la salut humana en la definició i implantació de totes les polítiques” (article 152 del Tractat d'Amsterdam).

Amb aquesta Llei, el Govern es compromet a fer de les accions i els serveis de salut pública un dret dels ciutadans, alhora que situa la salut pública al capdavant de les prioritats de l'acció de Govern, d'acord amb el Pla de Govern 2007-2010, i confirma la importància d'abordar la salut no només des de l'atenció a la malaltia, sinó també de manera integral, incloent-hi la prevenció i la promoció de la salut. La salut pública s'ocupa de protegir i millorar la salut de la població a través del control dels riscos per a la salut presents en el medi i en els aliments, i de promoure estils de vida saludables. Són exemples d'actuacions en salut pública les inspeccions que fan els veterinaris als escorxadors abans i després del sacrifici dels animals; les inspeccions perquè es compleixi la llei del tabac, o el programa de vacunes.

Cartera de prestacions i serveis

La nova norma reconeix les prestacions i els serveis que, en matèria de salut pública, ha de prestar el sistema sanitari públic a Catalunya, incorporant dins del seu catàleg les prestacions adreçades a les persones de forma individual (com el suport per deixar de fumar) i els serveis adreçats a les col·lectivitats (com els plans de promoció de l'exercici físic i de l'alimentació saludable) i als riscos ambientals (promoció d'entorns saludables).

Entre les prestacions incloses a la cartera de serveis de salut pública reconeguts en aquesta llei, hi destaquen en l'àmbit de la protecció i vigilància; la salut alimentària i ambiental, la gestió dels riscos sanitaris (vigilància i control dels establiments alimentaris, de les aigües de consum humà, del risc de legionel·la, brots epidèmics i alertes sanitàries...), plans de prevenció a l'hivern (grip), actuacions davant l'onada de calor, etc.

Al catàleg de prestacions, també s'hi ha inclòs les actuacions adreçades a prevenir i millorar la salut, entre les quals tenen especial rellevància totes les destinades a prevenir el tabaquisme; a reduir l'impacte de la pobresa en la salut (programa Salut als barris, que entre altres actuacions facilita fàrmacs a persones amb pocs recursos); a millorar la salut de la població vulnerable (nens, gent gran, discapacitats, minories ètniques, etc.); a millorar la salut laboral; a promoure l'exercici físic i l'alimentació saludable; a prevenir l'aparició de malalties com el càncer, la diabetis i les malalties cardiovasculars, entre d'altres.

Una de les novetats d'aquesta Llei és que preveu la possibilitat que qualsevol administració de Catalunya, abans de dur a terme alguna actuació, tingui la possibilitat de demanar l'elaboració d'un informe d'avaluació dels riscos per a la salut.

Un euro en salut pública és cinquanta vegades més productiu

Aquestes actuacions, a més de revertir en una millora de la salut individual i col·lectiva de la població i en la millora de la qualitat de vida, també suposen un estalvi considerable a llarg termini, ja que diversos estudis internacionals demostren que cada euro invertit en accions de salut pública és cinquanta vegades més productiu en termes de salut que l'assistència sanitària a la malaltia, i comporta un major creixement econòmic i, per tant, l'enfortiment de la sostenibilitat financera dels sistemes de salut i benestar.

Aquesta Llei permetrà treballar de forma eficient contra les desigualtats que es produeixen en matèria de salut per raó de gènere, classe social i grup ètnic. També permetrà donar respostes a aquestes situacions de desnivell, especialment en el cas de les dones i d'aquelles poblacions més vulnerables, a l'entorn de les quals es concentren els riscos per a la salut i els problemes associats.

La norma també ha estat pensada per donar resposta als nous reptes plantejats per la globalització com ara el canvi climàtic o les diverses crisis internacionals de salut pública que s'han produït en els darrers anys, com la malaltia de les vaques boges o el risc de pandèmia gripal.

En el seu àmbit d'actuació, la Llei també inclou la salut laboral i la medioambiental, dos àmbits de gran impacte poblacional i que requereixen una visió de salut pública per garantir la plena efectivitat del sistema sanitari.

Creació de l'Agència Catalana de Salut Pública

La Llei recull la creació de l'Agència Catalana de Salut Pública, que entrarà en funcionament al 2010, i que integrarà dins del seu àmbit d'actuació les actuals agències de Protecció de la Salut i de Seguretat Alimentària.

L'Agència neix com una organització executiva interdepartamental amb una àmplia desconcentració que permetrà respondre a les necessitats en matèria de salut pública, amb especial atenció al territori i a l'àmbit local. Per això incorpora els elements de descentralització territorial, amb instruments que van des de la col·laboració amb els ens locals fins a la participació d'aquests en la titularitat de la mateixa Agència.

A nivell territorial, l'Agència de Salut Pública de Catalunya es vincula, a través dels seus serveis regionals, als Governaments Territorials de Salut, i contribueix a potenciar la cooperació amb els ens locals i supralocals i a enfortir la transversalitat i la continuïtat de les actuacions.

Es crea també el Sistema d'Informació en Salut Pública, que estarà integrat en el Sistema d'Informació de Salut.

Es tracta d'un sistema organitzat d'informació sanitària orientat a la vigilància i l'acció en salut pública, a la gestió del qual contribueix de manera decisiva l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

Estructura de la Llei

La Llei s'estructura en cinc títols. En el títol primer s'enuncien les disposicions generals que tracten sobre l'objecte de la Llei.

En el segon, es recull el conjunt de polítiques en matèria de salut pública, les prestacions, la formació, la recerca, la informació i la comunicació. El títol tercer tracta sobre el sistema organitzatiu de la salut pública i recull la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

El títol quart es refereix a la intervenció administrativa, i el cinquè s'ocupa del règim sancionador i tracta de les infraccions i les sancions.

La salut pública en cifres

Actualment el Departament de Salut du a terme moltes activitats de salut pública destinades a preservar la salut de la població davant dels agents físics, químics i biològics presents en el medi, i també a promoure la salut de la població. En destaquem algunes:

- 196.306 inspeccions d'establiments alimentaris.
- 59.039 inspeccions ambientals (xarxes de subministrament d'aigua, controls de legionel·la, allotjaments temporals, entitats gestores d'aigua de consum)
- 99.543 determinacions analítiques
- 163.356 visites a la indústria alimentària
- 30.950 visites a menjadors col·lectius i a establiments de comerç minorista
- 239.319.253 actuacions de control de sacrificis als escorxadors
- 59 intervencions especials en toxiinfeccions alimentàries
- Més de 32.000 consultes preventives d'adolescents (alimentació, sexualitat, salut mental, tabac i addiccions) ateses a les escoles per personal sanitari
- Més de 5.000 activitats de promoció de la salut realitzades en l'entorn escolar
- Participació de més de 5.700 persones grans en accions de promoció de l'alimentació saludable i activitat física que s'han desenvolupat a 140 centres de gent gran de tot Catalunya
- Prop de 5.000 tractaments farmacològics gratuïts de suport a persones amb especial vulnerabilitat que volen deixar de fumar.
- Presència del programa Salut als Barris en més de 30 barris desfavorits de Catalunya.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA, CIUDAD DEL INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD, HA REALIZADO DURANTE EL AÑO 2008 UN TOTAL DE 10.445.820 DE VISITAS

- Se han realizado 1.279 actividades comunitarias en los 53 Equipos de Atención Primaria del Ámbito de Barcelona Ciudad
- Se ha apostado por una mejora organizativa y de las condiciones de trabajo de los profesionales basada en la cultura de valores

Al llarg de l'any 2008, els professionals de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat, que tenen una població assignada de 1.287.292 persones, han realitzat un total de **10.445.820 visites/ actes assistencials**.

Amb la finalitat d'assolir una millora s'ha posat en marxa el **Projecte XB**. Aquesta iniciativa va dirigida a modificar de forma proactiva els elements de l'entorn que poden generar dificultats en la tasca diària dels professionals. Les principals premisses són: generar cultura compartida, cuidar les condicions de treball, incentivar la innovació, el compromís i l'excel·lència i millorar la participació, la comunicació i el tracte.

A nivell d'atenció urgent i per millorar la capacitat de resposta, s'ha posat en marxa el Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) Esquerra de Barcelona Manso. Des de la seva obertura, aquest nou dispositiu assistencial que dona cobertura a més de **230.000 habitants** dels districtes de l'Eixample, Sants, Poble Sec i Les Corts de Barcelona, ha realitzat un total **82.734 visites**. El centre està dotat amb els recursos humans i tecnològic necessaris per poder resoldre un gran ventall de problemes de salut aguts i urgents. Restant obert 24 hores al dia durant 365 dies de l'any i disposa de serveis de radiologia convencional, analítiques immediates, sala de reanimació cardíaca, sala de cirurgia menor, sala de traumatologia i sales d'observació. L'obertura d'aquest centre ha permès disminuir les urgències als hospitals de Barcelona.

A l'àmbit comunitari, aquest any s'han fet 1.279 activitats comunitàries en els 53 equips d'atenció primària de la ciutat, el 64 % dirigides a la població adulta i el 36% a la població infantil, amb la participació de 10.000 ciutadans. Aquestes activitats engloben xerrades de promoció i prevenció de la salut, entre les que destaquem les dedicades a la promoció d'estils de vida saludables, la promoció activa del exercici físic (caminades populars, grups d'exercici, ...) entre d'altres. De cara als adolescents s'han portat a terme activitats sobre el consum de drogues, el tabac, la sexualitat i l'afectivitat. Pel que fa a la població infantil s'ha col·laborat amb escoles bressol juntament amb pares i cuidadors, per treballar temes de desenvolupament psicomotor, alimentació, creixement i primers auxilis.

Finalment, cal destacar el Programa Pacient Expert Institut Català de la Salut. Iniciat l'any 2006 a l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat, en Insuficiència Cardíaca, aquest any 2008 s'estén per primera vegada a pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i al tractament amb anticoagulants orals (TAO). Des de l'inici de la prova pilot i al llarg de tot aquest any s'han dut a terme 15 grups de Programa Pacient Expert ICS i han participat un total de 134 pacients i 11 pacients experts, amb un alt grau de satisfacció dels participants i amb una millora dels coneixements i dels hàbits i estils de vida sobre la malaltia.

El conseller de Sanitat ha presentado el Plan Estratégico de Gestión de la Seguridad del Paciente

CERVERA: “MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UN RETO PARA TODAS LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS”

- **Un Plan Estratégico pondrá en marcha medidas para minimizar las infecciones hospitalarias o los efectos adversos de la medicación**
- **La Comunitat es pionera en el análisis, evaluación y prevención de las eventuales consecuencias asociadas a la atención sanitaria**
- **Más de 120 profesionales de los distintos Departamentos de Salud han participado en la elaboración del Plan**

El conseller de Sanitat, Manuel Cervera, ha presentado ayer miércoles el Plan Estratégico de Gestión de la Seguridad del Paciente, una iniciativa pionera en España que permitirá minimizar posibles consecuencias adversas relacionadas con la atención sanitaria, y consolidar la confianza de los pacientes en el sistema. Este Plan permitirá implantar progresivamente actuaciones que garanticen la seguridad del paciente en aspectos relacionados con las infecciones nosocomiales, los efectos posibles efectos de la medicación, incidencias durante la hospitalización o la identificación de los pacientes durante su tratamiento.



Para conseguir estos objetivos, la conselleria de Sanitat ha elaborado herramientas concretas como las campañas de formación dirigidas a profesionales sobre la higiene de manos y la eliminación de bacterias en el entorno hospitalario, sobre el uso de distintivos para la identificación inequívoca de los pacientes, guías de actuación clínica, aplicaciones informáticas para la notificación de efectos adversos de medicamentos o el programa de información para pacientes “Consúltenos” sobre seguridad en la medicación tras el alta hospitalaria.

“Ningún sistema sanitario puede garantizar la ausencia total de eventos adversos, - ha explicado el conseller -, pero muchos de ellos pueden evitarse, por lo que la conselleria de Sanitat está llevando a cabo todas las medidas posibles en este sentido, que implican a todo el sistema sanitario en dicho objetivo”.

Confianza en el sistema sanitario

Manuel Cervera ha destacado que “el fortalecimiento de la seguridad clínica del paciente, a través de este Plan Estratégico, es un compromiso que consolidará su confianza en la sanidad pública.” Para conseguir los objetivos propuestos, el Plan Estratégico define iniciativas como la creación de un portal de seguridad del paciente, la monitorización y notificación común de informaciones nosocomiales, la implantación de indicadores de seguimiento del Plan comunes a todos los departamentos, el aumento del peso de estos indicadores en los acuerdos de gestión o el uso de los nuevos sistemas de información para este fin (como la integración en la historia clínica electrónica estos sistemas de registros).



CONSUMO ESTUDIA ABRIR UN EXPEDIENTE SANCIONADOR A LA EMPRESA DENTAL LINE POR EL CIERRE DE SUS CLÍNICAS

- **Consumo insta a los usuarios afectados por el cierre de las clínicas Dental Line a denunciar en el juzgado.**
- **Pacientes de las Clínicas Dental Line denuncian que siguen pagando tratamientos que aún no han terminado de recibir, debido a que la empresa ha cerrado sus clínicas antes de concluir con los mismos.**

La Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo está trabajando junto al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia en la atención a los usuarios afectados por el cierre de dos clínicas de la empresa Dental Line en Murcia.

El director general de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Juan Manuel Ruiz Ros, explicó hoy que "estamos estudiando las reclamaciones que hemos recibido a través del Ayuntamiento de Molina de Segura, de pacientes que siguen pagando unos tratamientos que no han podido terminar en estas clínicas, y por ello vamos a estudiar la apertura de un expediente". Ruiz Ros añadió que "queremos transmitir a los usuarios que nuestras oficinas están abiertas para atender cualquier consulta".

El director general subrayó que "estamos trabajando junto al Colegio Oficial de Dentistas de la Región, que desde que tuvo conocimiento de las reclamaciones se puso en contacto con la Consejería para trabajar conjuntamente".

Ruiz Ros detalló que "estamos estudiando las reclamaciones y la situación actual de las clínicas. La investigación determinará qué actuaciones que ponemos en marcha, pero es importante que los afectados consulten las acciones que quieren llevar a cabo".

LA CONSEJERÍA DE SALUD ANDALUZA CONSOLIDARÁ UN TOTAL 1.958 PLAZAS DE EVENTUALES DE ENFERMERÍA

- **María Jesús Montero destaca el esfuerzo realizado desde la Junta por estabilizar la plantilla de estos profesionales, con un incremento cercano al 6% desde 2004**

La Consejería de Salud consolidará un total de 1.958 plazas de trabajadores eventuales de Enfermería, de las que 1.291 corresponden a DUE (Diplomado Universitario en Enfermería), 625 a auxiliares y 42 a matronas, según ha anunciado en el Parlamento andaluz la consejera del ramo, María Jesús Montero, durante su comparecencia para hablar sobre los recursos del sistema sanitario público andaluz en este ámbito.

Estas cerca de dos mil plazas, que actualmente tienen vinculación temporal con el sistema sanitario, forman parte de los cinco mil puestos de trabajo de las distintas categorías laborales que pasarán a ser interinos en los próximos meses como paso previo a una nueva oferta pública de empleo donde se ofertarán como plazas fijas, tal y como se ha trasladado dentro de la estrategia de salud de estabilizar la plantilla del sistema sanitario público andaluz.

A esta consolidación de puestos se suman otras 2.733 plazas fijas de DUE, 1.912 de auxiliares de enfermería y 103 de matronas que pertenecen a la oferta pública de empleo 2004-2007 que se está resolviendo en la actualidad, por lo que se prevé que asumirán su plaza en propiedad el próximo año, según ha detallado la consejera. Montero ha destacado el esfuerzo realizado desde su departamento para estabilizar las plantillas de profesionales de Enfermería y ha precisado que ello ha permitido en los últimos años un crecimiento estable y permanente, pasando de 39.478 en 2004 a los actuales 41.799, lo que supone un incremento de la plantilla cercano al 6% (5,8%) si se tiene en cuenta todo el colectivo de enfermería y un 7,2% si se atiende sólo a los DUE.

La consejera ha subrayado el importante incremento en las retribuciones que desde 2004 ha acompañado a la consolidación de la plantilla, y ha destacado la posición central que ocupa el colectivo de enfermería en el proceso asistencial, al tiempo que ha reconocido el creciente papel protagonista de la enfermería en el sistema sanitario, así como el cambio sustancial en la concepción del papel de la Enfermería.

En este sentido, se ha referido a la Estrategia de Cuidados, en el marco de la cual estos profesionales deben asumir aquellas competencias necesarias para dar una respuesta cercana, sensible y eficaz ante la resolución de determinados problemas, o mediante la actuación compartida y coordinada en el seno del conjunto de integrantes del equipo asistencial.

La consejera de Salud se ha detenido en el decreto de Indicación Enfermera puesto en marcha recientemente, que permitirá a este colectivo indicar determinados medicamentos y productos sanitarios (un total de 96 medicamentos en 400 presentaciones distintas) no sujetos a prescripción médica. Todo ello, según ha recordado Montero, para ofrecer una respuesta más ágil y cómoda para los ciudadanos en general y particularmente para aquéllos que requieren cuidados a domicilio o que padecen enfermedades crónicas.

El número absoluto de profesionales de este colectivo, incluyendo el personal eventual, asciende a 47.694 personas, lo que representa un porcentaje algo superior al 45% sobre el conjunto del personal del Servicio Andaluz de Salud, que ya se aproxima a las 100.000 personas. A este número hay que añadir los que están adscritos a empresas públicas (1.111 profesionales), por lo que existen 48.805 de estos profesionales en todo el Sistema Sanitario Andaluz.

Con estos datos, la titular de Salud ha querido poner de relieve la importancia cuantitativa y el peso de este colectivo de profesionales en la asistencia sanitaria pública de Andalucía.

Ratios

Igualmente, Montero ha explicado en la Cámara andaluza que los datos sobre ratios de enfermería en Andalucía indican que nos encontramos en el promedio nacional y también de los países europeos de nuestro entorno. Así, en Andalucía hay 292 profesionales de Enfermería en la sanidad pública por cada 100.000 habitantes, frente a los 277 del conjunto del Estado.

En el caso de la atención especializada, el número de profesionales de Enfermería por cama es en Andalucía de 1,01, mientras que la media nacional se sitúa en 0,83, según los últimos datos registrados por el INE (2005), con lo que Andalucía cuenta con unas tasas superiores en un 20%. En otras comunidades, como Cataluña (0,62), Madrid (0,93) o Valencia (0,99), este indicador es inferior al obtenido en la comunidad andaluza.

Asimismo, en atención primaria, la ratio de Andalucía es de 1.480 tarjetas de identificación sanitaria (TIS) por ATX/DUE, mientras la media nacional se encuentra en 1.658, según los datos del Ministerio de Sanidad de 2007. No obstante, la consejera ha explicado que con la próxima operación de consolidación prevista en Andalucía, se estabilizarán en torno a 600 plazas de ATS/DUE de primaria, y la ratio podrá aproximarse a 1.300 TIS.

Seis de cada diez niñas andaluzas nacidas en 1994 ya están completamente vacunadas frente al papilomavirus

- **Con este tratamiento, dirigido a las niñas de 14 años, se pretende prevenir el cáncer de cuello de útero**

Seis de cada diez niñas nacidas en 1994, que cumplieron el año pasado 14 años, ya están completamente vacunadas frente al papilomavirus, según ha manifestado la consejera de Salud, María Jesús Montero, en la comisión del ramo del Parlamento andaluz.

Esta vacuna, administrada para prevenir el cáncer de cuello de útero, está disponible en 1.492 dispensarios de Andalucía y puede solicitarse mediante cita previa a través de Salud Responde (902 505 060) o acudiendo al centro de salud.

Igualmente, desde Salud Responde, y desde los centros de atención primaria, se realiza una captación activa de aquellas niñas que ya han comenzado su vacunación o que no han acudido a alguna cita que tenían prevista para recibir alguna de las tres dosis de esta vacuna. Además, aquellas niñas que ya han comenzado a recibir la vacunación no cuentan con fecha límite para concluirla.

En octubre de 2007, el pleno del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud aprobó la inclusión de la vacuna contra el cáncer de cérvix en el calendario.

Información a la ciudadanía

La Consejería de Salud ha puesto a disposición de los ciudadanos toda la información necesaria sobre esta vacuna con la edición de folletos, carteles y el uso de la plataforma multimedia Informarse.es salud. Además, a través de Salud Responde (902 505 060) se pueden resolver las dudas relativas a la edad en la que se tiene que poner, cómo se produce la inclusión y de qué manera se vacuna a las niñas, entre otras cuestiones.

Se estima que cada año se producen en el mundo más de 500.000 nuevos casos de cáncer de cuello de útero y alrededor de 280.000 defunciones. Cifras que en España y Andalucía son muy inferiores gracias a los programas de prevención existentes.

En el conjunto nacional se registran 7,6 casos de este tipo de cáncer por cada 100.000 mujeres y 7,9 por cada 100.000 mujeres en Andalucía.

ANDALUCÍA PARTICIPA EN DUBLÍN EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA

- **Salud presenta trabajos sobre el impacto de la acreditación en los profesionales, la importancia de la formación continuada y las buenas prácticas en los centros sanitarios**

La Consejería de Salud está participando esta semana en la vigésimo sexta edición de la Conferencia Internacional sobre Calidad y Seguridad Sanitaria que se celebra en Dublín. Varios profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, encabezados por su director gerente, Antonio Torres, se han trasladado a esta ciudad irlandesa para acudir a este evento organizado por la Sociedad Internacional para la Calidad Sanitaria (ISQua).

En total, se presentan diez comunicaciones, que tratan sobre los programas de acreditación puestos en marcha en Andalucía (centros y unidades sanitarias, profesionales, formación continuada y páginas web), analizando el impacto de la acreditación de competencias en médicos de atención primaria, la calidad percibida por los profesionales sanitarios en el proceso de acreditación de sus competencias o la implicación de éstos en el desarrollo de programas de acreditación. Las comunicaciones presentadas realizan también un análisis internacional sobre la misión, visión y valores de organizaciones que trabajan para la calidad sanitaria, y tratan acerca de las competencias investigadoras necesarias en los evaluadores. Por otra parte, el impacto y la calidad en la formación continuada dirigida a los profesionales sanitarios representa otra línea de investigación expuesta en Dublín, con reflexiones acerca de la calidad de las sesiones clínicas.

La participación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en este evento científico, al que también contribuye como institución patrocinadora del mismo, responde al impulso que le está dando la Consejería de Salud a la investigación y a la gestión del conocimiento, lo que se traduce en la participación de sus profesionales en diferentes foros y encuentros científicos de ámbito autonómico, estatal e internacional. Esta línea de trabajo responde a la configuración de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como una organización no sólo certificadora de calidad sino también generadora de conocimiento que parte de la investigación, la reflexión y el análisis, pero también de los propios procesos de acreditación, que se convierten en una valiosa fuente de información para recopilar buenas prácticas y espacios de mejora, que sirvan después a profesionales y centros en su camino hacia la excelencia.

Publicaciones

La Agencia de Calidad está participando en numerosos encuentros profesionales como éste de Dublín, pero, además, ha conseguido publicar artículos sobre actividad de la organización en publicaciones científicas de impacto internacional, como el titulado 'Valor organizacional de los Premios de Calidad Sanitaria de Andalucía', publicado en la revista *Leadership & Organizational Development Journal*, que analiza la evolución de los Premios de Calidad Sanitaria a lo largo de sus tres ediciones (2003, 2005, 2007) como forma institucionalizada de reconocimiento de las iniciativas en calidad que se desarrollan en el sistema sanitario público de Andalucía.

Andalucía se ha convertido también en un referente en la acreditación de calidad de los diferentes elementos que configuran los sistemas sanitarios, y, en la actualidad, ha comenzado la certificación de cinco centros y unidades en Portugal, tras el interés de las autoridades sanitarias lusas por el modelo andaluz. En esta línea se encuentran los contactos con otras comunidades autónomas, como Aragón, con la que se va a comenzar una línea de colaboración para la acreditación de competencias profesionales, y Castilla-León, también interesada en la aportación andaluza a su sistema de reconocimiento a sus profesionales sanitarios.

RUEDA DE PRENSA: 15 DE OCTUBRE**MÉDICOS Y ARQUITECTOS DENUNCIAN LA
DEVALUACIÓN DE SU TÍTULO ACADÉMICO**

- Intuyen que la adaptación del "Plan Bolonia" que se pretende llevar a cabo en España tendrá importantes repercusiones en su ejercicio, desarrollo profesional y condiciones laborales

Médicos y arquitectos ofrecerán el **hoy día 15 de octubre, a las 11 horas, una rueda de prensa en la sede de la Fundación de Arquitectura COAM, c/ Piamonte, 23**, para hacer pública su oposición a que la adaptación en España del conocido como *Plan Bolonia* degrade su título académico hasta el nivel de las actuales diplomaturas. Ambas profesiones entienden que no se trata de una cuestión meramente formal. Creen que un cambio así "por fuerza" habrá de derivar en importantes repercusiones en su ejercicio, desarrollo profesional y condiciones laborales.

Dicho proceso deberá estar ultimado el próximo año, y lo primero que llama la atención, porque contradice el objetivo perseguido, es que en lo que atañe a las carreras de Medicina y Arquitectura, los planes españoles al respecto se desvían de lo que va a ser la norma en el mayoría de los países europeos de la UE. En concreto, sólo España, Malta, Macedonia, Grecia y tal vez Irlanda estudian conceder el título de "grado" a los futuros licenciados en Medicina, mientras que todos los demás contemplan que salgan de las facultades con el reconocimiento de "máster", que es el paso previo a la calificación de doctor.

Ambas profesiones perciben que esto es un agravio comparativo con respecto a sus colegas europeos, y también en relación a otras titulaciones superiores, como es el caso de los ingenieros, que sí han obtenido garantías de que se licenciaron con el nivel de master. También tildan de injusto el hecho de que los 360 créditos académicos que conformarán el currículo en las Facultades de Medicina y Arquitectura desemboquen en una titulación -la de "graduado"- para la que sólo se exigen 240 créditos.

Manifestación en Madrid el día 23

En relación con ello, en la rueda de prensa se hará explícita la determinación a llevar a cabo una gran **manifestación conjunta el próximo día 23 en Madrid** que tendrá por destino final el Ministerio de Educación y Universidades, máximo responsable de la transposición a España de los planes europeos sobre coordinación de estudios universitarios.

CONVOCAN

- **EI FORO DE LA PROFESIÓN MÉDICA**, integrado por la Organización Médica Colegial de España (**OMC**), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (**CESM**), el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (**CEEM**), la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (**FACME**), la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (**CNDFM**) y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (**CNECS**).

-**COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE MADRID (COAM)**

-**CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE ARQUITECTOS (CACOA)**

METGES DE CATALUNYA NO ASISTE AL INICIO DE LAS NEGOCIACIONES DEL NUEVO CONVENIO XHUP Y REITERA LA PETICIÓN DE UNA MESA MÉDICA

- El sindicato reclama negociar directamente con las patronales las condiciones laborales y profesionales de los facultativos
- Acusa al Departamento de Salud de permitir el apartheid médico con ayuda de su inoperancia activa e interesada

Metges de Catalunya (MC) no ha assistit aquesta tarda a l'inici de les negociacions del VIII conveni col·lectiu de la xarxa sanitària concertada, coneguda com a XHUP, perquè **“no reconeix”** aquest òrgan com la mesa de negociació única per als facultatius. El sindicat reclama, una vegada més, poder negociar directament amb les patronals les condicions laborals i professionals pròpies del col·lectiu.

MC ha formalitzat així el seu abandonament de la negociació col·lectiva, tal com va anunciar a finals de juny, després que la composició de la mesa li atorgués dos dels 30 representants, malgrat tenir un 95% de l'afiliació mèdica en el sector.

El secretari del Sector d'Hospitals XHUP del sindicat, **Josep Puey**, admet que la mesa de negociació col·lectiva **“és legal i legítima”**, però assenyala que **“alguna cosa no funciona bé quan les regles del joc deixen al marge el sindicat que aglutina la major part de l'afiliació mèdica”**.

“Tenim la força suficient per representar els metges i negociar les seves condicions laborals i professionals sense interferències”, declara.

Puey afirma que no es pot perpetuar una mesa de negociació, on els sindicats no mèdics, UGT i CCOO, **“bloquegen sistemàticament qualsevol iniciativa de millora per als metges”**, amb el vistiplau de les patronals Unió Catalana d'Hospitals (UCH) i Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC) i el consentiment tàcit del Departament de Salut, a qui acusa de permetre l'**“apartheid mèdic”** amb la seva **“inoperància activa i interessada”**.

Afegeix que aquest front comú contra els interessos mèdics **“ha judicialitzat”** la negociació col·lectiva, **“ja que sovint hem hagut de recórrer als tribunals per esmenar acords signats per UGT i CCOO que conculcaven diferents drets dels metges”**.

El nou conveni de la xarxa sanitària concertada afectarà més de 40.000 treballadors, 4.000 dels quals són facultatius que exerceixen en 50 hospitals, 83 centres d'atenció primària (CAP) i en un centenar de centres sociosanitaris i de salut mental.

SENTENCIA DEL T. SUPREMO QUE DENIEGA LA JUBILACIÓN PARCIAL A UN MÉDICO DEL SAS ANDALUZ POR FALTA DE DESARROLLO REGLAMENTARIO DE LA NORMATIVA, AUNQUE EL ESTATUTO MARCO SÍ RECOGIERA ESA POSIBILIDAD (INCLUYE LOS 4 VOTOS PARTICULARES EN CONTRA)

Excmos. Sres.:

D. Gonzalo Moliner Tamborero
D. Aurelio Desdentado Bonete
D. Antonio Martín Valverde
D. Fernando Salinas Molina
D. Jesús Gullón Rodríguez
D^a. María Milagros Calvo Ibarlucea
D. Luis Fernando de Castro Fernández
D. Jesús Souto Prieto
D. José Luis Gilolmo López
D. Jordi Agustí Juliá
D^a. María Luisa Segoviano Astaburuaga
D. José Manuel López García de la Serrana
D^a. Rosa María Virolés Piñol
D^a. María Lourdes Arastey Sahún

En la Villa de Madrid, a veintidós de Julio de dos mil nueve

Vistos los autos pendientes ante la Sala en virtud de recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por D. Miguel López Sarriá en su propio nombre y representación, contra sentencia de fecha 23 de julio de 2008 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía/Granada, en el recurso nº 769/08, por la que se resuelve el recurso de suplicación interpuesto por Instituto Nacional de la Seguridad Social, Tesorería General de la Seguridad Social y Servicio Andaluz de Salud contra la sentencia de fecha 17 de diciembre de 2007 dictada por el Juzgado de lo Social nº 2 de Granada, en autos nº 701/07, seguidos por D. MIGUEL LOPEZ SARRIA frente a INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, sobre Prestaciones. Han comparecido en concepto de recurridos, el Letrado de la Administración de la Seguridad Social en nombre y representación del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y el Letrado de la Administración Sanitaria, en nombre y representación del Servicio Andaluz de Salud.

Es Magistrado Ponente el Excmo. Sr. D. **JOSÉ LUIS GILOLMO LÓPEZ**,

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 17 de diciembre de 2007 el Juzgado de lo Social nº 2 de Granada dictó sentencia en la que consta la siguiente parte dispositiva: "Que estimando la demanda interpuesta por D. Miguel López Sarriá contra Instituto Nacional de la Seguridad Social, Tesorería General de la Seguridad Social y Servicio Andaluz de Salud, debo declarar y declaro el derecho del actor a lucrar la pensión de Jubilación Parcial con el porcentaje acorde a su reducción de jornada respecto del 85% de su base reguladora, con los incrementos, actualizaciones y revalorizaciones que fueran oportunas y desde la fecha reglamentaria establecida, y con revocación de las resoluciones administrativas impugnadas."

SEGUNDO.- En dicha sentencia se declararon probados los siguientes hechos: "1. Que el actor, D. Miguel López Sarriá, nacido el 28 de mayo de 1944, con DNI nº 23608078-G, afiliado a la Seguridad Social con el nº 18/232426/44 e inscrito en el Régimen General, ha prestado servicios como enfermero en el Distrito Sanitario de Granada del Servicio Andaluz de Salud, desde el 15 de diciembre de 1971. 2. La Dirección del Distrito Sanitario no puso objeción a la reducción de jornada en el porcentaje necesario ni en la contratación de relevista procedente de la bolsa de contratación provincial e inscrita en el Servicio Andaluz de Salud como demandante de empleo, acordándose el 15 de septiembre de 2007 una reducción de jornada y retribuciones del 85%, quedando su jornada en el 15% de la precedente. 3. Se incoó el 13 de septiembre de 2007 expediente administrativo a tal efecto, dictándose resolución por la Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se denegaba con fecha de 18 de septiembre de 2006 la prestación por jubilación al no acreditar los requisitos establecidos en el Real Decreto 1131/02, de 31 de octubre, en relación con el artículo 166 de la Ley General de la Seguridad Social, por estar pendiente de desarrollo reglamentario la jubilación parcial del personal estatutario de la Seguridad Social y no poder realizar el Servicio Andaluz de Salud los contratos de relevo del artículo 12.6º del Estatuto de los Trabajadores. 4. Interpuesta reclamación previa el 25 de septiembre de 2007 fue desestimada por resolución de 3 de octubre de 2007. La demanda iniciadora de estos autos se planteó el 10 de octubre de 2007. 5. El actor ha estado de alta en el sistema de la Seguridad Social un total de 21.105 días, habiendo estado en alta como personal del Servicio Andaluz de Salud desde el 15 de diciembre de 1971, compatibilizando su prestación servicial con otras prestadas para terceras empresas ajenas al Servicio Andaluz de Salud desde entonces. Constan también cotizaciones al mismo régimen desde el 10 de noviembre de 1959 (vida laboral de su ramo de prueba).

TERCERO.- La citada sentencia fue recurrida en suplicación por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, Tesorería General de la Seguridad Social y el Servicio Andaluz de Salud, ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía/Granada, la cual dictó sentencia en fecha 23 de julio de 2008, en la que dejando inalterada la declaración de hechos probados de la sentencia de instancia, consta la siguiente parte dispositiva: "Que estimando los recursos de suplicación interpuestos por INSS, TGSS y SAS contra sentencia dictada por el Juzgado de lo Social núm. 2 de los de Granada en fecha diecisiete de diciembre de dos mil siete, en autos seguidos a instancia de Miguel López Sarriá en reclamación sobre Prestación de Jubilación Parcial contra Instituto Nacional de la Seguridad Social, Tesorería General de la Seguridad Social y Servicio Andaluz de Salud, debemos revocar y revocamos la sentencia recurrida y con desestimación de la demanda rectora de los autos absolvemos a las demandadas de las pretensiones ejercitadas en su contra, confirmando las resoluciones administrativas denegatorias, objeto de impugnación con tal demanda."

CUARTO.- Por D. Miguel López Sarriá, Letrado, en su propio nombre y representación, se preparó recurso de casación para unificación de doctrina. En su formalización se invocó como sentencia de contraste la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias/Santa Cruz de Tenerife, de fecha 10 de marzo de 2006, recurso nº 879/05.

QUINTO.- Por providencia de esta Sala de fecha 27 de noviembre de 2008 se procedió a admitir el citado recurso, y, habiéndose impugnado, pasaron las actuaciones al Ministerio Fiscal, que presentó escrito en el sentido de considerar improcedente el recurso, e instruido el Magistrado Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 5 de mayo de 2009.

SEXTO.- Por providencia de esta Sala de fecha 5 de mayo de 2009, y dada la transcendencia y complejidad del asunto, se acordó suspender el señalamiento acordado, trasladando el mismo para el día 17 de junio de 2009, que a su vez se suspendió, señalándose para el día 15 de julio de 2009 para su deliberación, votación y fallo en Sala General, en cuya fecha tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- 1. La cuestión que plantea el presente recurso de casación para la unificación de doctrina consiste en determinar si una persona que, como el demandante, ostenta la condición de personal estatuario (enfermero en el Distrito Sanitario de Granada) en el Servicio Andaluz de Salud, cuyo régimen jurídico esencial viene regulado por el Estatuto Marco aprobado por Ley 55/2003, de 16 de diciembre, y que se ve igualmente afectado por el vigente Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Ley 7/2007, de 12 de abril, puede acceder a la jubilación parcial (anticipada además en este caso, dada la edad de 63 años que tenía en la fecha de la petición), tal como él mismo solicitó el día 13 de septiembre de 2007, según es de ver en el pertinente impreso unido al folio 17 de los autos, incoándose en esa misma fecha el oportuno expediente administrativo (hecho probado 3º). La sentencia recurrida otorga a tal cuestión una respuesta negativa, mientras que el propio actor y la idónea sentencia de contraste que invoca, como seguidamente veremos, sostienen la tesis contraria.

2. Las principales circunstancias fácticas concurrentes en el caso de la sentencia recurrida, dictada por la Sala de lo Social del TSJ de Andalucía con sede en Granada el 23 de julio de 2008 (R. 769/08), son las siguientes:

a) El actor, nacido el 28 de mayo de 1944, como se dijo, personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud, afiliado y en alta en el Régimen General de la Seguridad Social, ha prestado servicios como enfermero (ATS) en el Distrito Sanitario de Granada desde el 15 de diciembre de 1971.

b) La dirección de dicho Distrito Sanitario no puso objeción a la reducción de su jornada en el porcentaje necesario ni a la simultánea contratación de la trabajadora relevista procedente de la bolsa de contratación provincial e inscrita como demandante de empleo, acordándose el 15 de septiembre de 2007 una reducción de jornada –la del actor- del 85%, quedando, en consecuencia, en el 15 % de la precedente –la de la relevista-.

c) Iniciado (por solicitud presentada ante el INSS el 13 de septiembre de 2007: folio 17 de los autos) expediente administrativo de jubilación, la entidad gestora resolvió el día 18 del mismo mes y año (en la relación de hechos probados, por un claro error material, según se advierte en la propia resolución –folio 28-, se cita el año 2006) que no procedía reconocer la prestación de jubilación parcial, al no acreditar los requisitos establecidos en el RD 1131/02, de 31 de octubre, en relación con el art. 166 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), por estar pendiente de desarrollo reglamentario la jubilación parcial del personal estatutario de la Seguridad Social y no poder realizar el Servicio Andaluz de Salud los contratos de relevo del art. 12.6 del Estatuto de los Trabajadores (ET).

d) Tras agotar la vía previa el 25 de septiembre de 2007, desestimada por una nueva resolución administrativa de 3 de octubre siguiente, el solicitante interpuso la demanda origen de las presentes actuaciones el 10 de octubre del mismo año, que fue estimada en su integridad por la sentencia dictada en instancia por el Juzgado de lo Social nº 2 de Granada.

3. La Sala de procedencia, al acoger favorablemente el recurso de suplicación del INSS, revocó la resolución de instancia y desestimó la pretensión. La razón principal esgrimida por la Sala de Granada para llegar a la conclusión desestimatoria consiste en afirmar que la posibilidad de jubilación parcial prevista en el art. 26.4 del Estatuto Marco (Ley 55/2003) “está pendiente de desarrollo reglamentario” y que el Servicio Andaluz de Salud no puede realizar los contratos de relevo del art. 12.6 del Estatuto de los Trabajadores; en ese mismo sentido ha de entenderse el art. 67 del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por la Ley 7/2007, todo lo cual, además, “viene corroborado”, según dice, por el contenido de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas específicas en materia de Seguridad Social, cuya Disposición Adicional Séptima establece expresamente que el Gobierno presentará en el plazo de un año un estudio sobre la normativa reguladora de la jubilación anticipada y parcial de los empleados públicos, incluido el personal estatutario.

SEGUNDO.- 1. Aduce el recurrente que la citada sentencia de la Sala de Granada aplica de forma errónea tanto el art. 26.4 del Estatuto Marco como la disposición adicional séptima de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, e implícitamente denuncia la infracción del art 166 de la Ley General de la Seguridad Social. Señala, tanto en el escrito de preparación como en el de interposición, dos sentencias de contraste.

La primera, dictada el 2 de enero de 2008 (R. 357/2007) por la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ de Castilla y León con sede en Valladolid, no resulta idónea porque, como tantas veces ha declarado esta Sala Cuarta del Tribunal Supremo, la función unificadora del presente recurso únicamente afecta a las sentencias dictadas por esta misma Sala o por las distintas Salas del mismo orden social de los TTSSJJ, sin que pueda extenderse, de forma directa o indirecta, a otros órdenes jurisdiccionales (por todas: SsTS4ª 19-6-2002 y 2-7-2002, R. 3291/01 y 3298/01; y AaTS4ª 17-3-1998, R. 3418/1997, y 8-2-2005 y 1-3-2005, R. 1730/04 y 1199/04).

La segunda sentencia referencial, dictada el 10 de marzo de 2006 (R. 879/05) por la Sala de lo Social del TSJ de Canarias con sede en Tenerife, confirma el fallo de instancia y declara el derecho del actor a que se le reconozca la jubilación parcial con reducción del 80% respecto de su jornada hasta la jubilación definitiva. Los principales elementos fácticos de esta resolución son los siguientes:

a) El demandante, nacido el 6 de marzo de 1941, como en la ahora recurrida, también era personal estatutario (calefactor, grupo D) y prestaba servicios para el Servicio Canario de Salud en el Hospital General de La Palma, con antigüedad del 4 de enero de 1997.

b) Solicitada la jubilación parcial, el referido Servicio de Salud, por resolución de 3 de agosto de 2004, aceptó la petición y señaló que la jubilación del actor se produciría al finalizar la jornada laboral del 14 de octubre de 2004, procediendo al nombramiento de personal estatutario eventual para la prestación de servicios complementarios de reducción de la jornada por jubilación parcial.

c) El INSS denegó la solicitud por entender que tal posibilidad no estaba prevista para el personal estatutario dentro de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social.

La Sala de Tenerife considera que el art. 26.4 del Estatuto Marco (Ley 55/2003) reconoce la jubilación parcial al personal estatutario, remitiéndose a los requisitos generales establecidos en la normativa de la Seguridad Social, sin que en el cuerpo, en las disposiciones adicionales o en las transitorias de aquel Estatuto se posponga su entrada en vigor, o su aplicación, a desarrollo reglamentario alguno; el segundo párrafo del mencionado precepto, al entender de dicha Sala, no contempla otra previsión que la posibilidad de fomentar ese tipo de jubilaciones por las Administraciones Públicas en supuestos de reordenación de recursos humanos.

2. En contra de lo que sostiene el INSS en su escrito de impugnación, concurre el presupuesto de la contradicción exigido por el art. 217 de la LPL respecto a la sentencia de la Sala de Tenerife, pese a que cuando ésta se dictó, obviamente, aún no habían entrado en vigor ni el Estatuto Básico del Empleado Público (Ley 7/2007) ni la Ley 40/2007, porque la discrepancia fundamental entre las dos sentencias sometidas al juicio de identidad consiste en que mientras en la recurrida la razón esencial de la desestimación estriba en entender que el art. 26.4 del Estatuto Marco requiere desarrollo reglamentario para permitir la jubilación parcial del personal estatutario, la sentencia referencial considera innecesario tal desarrollo. Es ahí donde se produce la contradicción y ello es, precisamente, lo que determina que una -la recurrida- rechace la jubilación parcial anticipada y otra -la de contraste- la reconozca. Es verdad que la sentencia aquí impugnada, para reforzar su tesis denegatoria, también menciona aquellas dos leyes (7 y 40/2007), ninguna de las cuales estaba vigente en el momento en que el INSS denegó (en agosto de 2004, como vimos) al demandante de la sentencia de contraste su jubilación parcial.

Pero la cita de ambas disposiciones legales por la sentencia recurrida se hace, indudablemente, a mayor abundamiento y, en el caso de la Ley 40/2007, asegurando que viene a “corroborar” la previsión del art. 26.4 del Estatuto Marco, que, como dijimos, es la norma directamente interpretada y aplicada (no se trata, pues, de una comparación abstracta de doctrinas, lo que haría inviable el recurso de casación unificadora [por todas, SsTS4ª 12-6-2007, 10-7-2007 y 12-12-2007, R. 2147/06, 5541/05 y 952/06], sino de dos pronunciamientos concretos recaídos en conflictos sustancialmente iguales) de manera radicalmente distinta por las sentencias comparadas, desde luego siempre en relación con el art. 166 de la LGSS. Procede pues, de conformidad con lo informado a este respecto por el Ministerio Fiscal, que esta Sala establezca la buena doctrina, que, como seguidamente se verá, es la contenida en la sentencia recurrida.

TERCERO.- 1. El art. 166 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) regula dos distintas modalidades de jubilación parcial. La primera, que, con doctrina autorizada, podríamos denominar “autónoma”, es la prevista en el número 1 de dicho precepto, en la redacción anterior a la hoy vigente Ley 40/2007, y es aquella situación a la que pueden acceder “los trabajadores que hayan alcanzado la edad ordinaria de jubilación” y que, reuniendo los requisitos para causarla, decidan continuar prestando servicios parcialmente, en jornada no inferior al 25 % ni superior al 85 % de la que venían realizando. Esta posibilidad no requiere la simultánea celebración por parte del empresario de un contrato de relevo con otro trabajador, aunque la novación contractual que conlleva respecto al vínculo con el jubilado parcial parece necesitar de la concorde voluntad de los contratantes.

La segunda modalidad de jubilación parcial es la anticipada que contempla el número 2 del mismo art. 166 LGSS, también según la redacción anterior a la nueva Ley 40/2007, y se refiere a “los trabajadores que reúnan las condiciones exigidas para tener derecho a la pensión de jubilación con excepción de la edad, que habrá de ser inferior en cinco años, como máximo, a la exigida con carácter general”, quienes podrán acceder a ella “en las condiciones previstas en el apartado 6 del artículo 12 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores”.

El régimen jurídico de una y otra modalidad de jubilación parcial (la autónoma y la anticipada) será, como literalmente dispone el número 4 del art. 166 LGSS desde que fuera añadido por la Ley 35/2002, de 12 de julio, “el que reglamentariamente se establezca”.

Conviene destacar desde ahora que ambos modelos de jubilación parcial están referidos expresamente a “los trabajadores”, tanto en la dicción legal (art. 166 LGSS) como en la reglamentaria (arts. 1.1 y 10 RD 1131/2002, mencionando éste último, con mayor precisión aún, a los “trabajadores por cuenta ajena”), y tal condición, en principio y desde luego en su estricto sentido técnico jurídico, sólo cabe atribuirlos a quienes prestan voluntariamente sus servicios retribuidos por cuenta ajena, dentro del ámbito de organización y dirección del empresario. Y aunque esas notas (prestación de servicios, retribución, ajenidad y sometimiento al ámbito de organización y dirección) que definen y caracterizan el contrato de trabajo, están igualmente presentes en la relación estatutaria, la expresa remisión que el art. 166.2 de la LGSS hace al art. 12.6 del ET permite reconocer que la voluntad del legislador, cuando previno esta posibilidad de jubilación parcial (y desde luego a la anticipada), únicamente se refería a quienes prestaban servicios en el ámbito de aplicación del ET, del que, como se sabe (art. 1.3.a ET), se encuentran excluidos, también de forma expresa, los funcionarios públicos y todos aquellos que presenten servicios para el Estado, las Corporaciones locales y las Entidades públicas autónomas, siempre que, al amparo de una ley, su relación se regule por normas administrativas o estatutarias.

Por supuesto, nada hubiera impedido que, en una mejor y más depurada técnica legislativa, el art. 166 de la LGSS hubiera excluido de manera aún más clara la posibilidad automática, o no condicionada a la aprobación de un posterior reglamento, de la jubilación parcial anticipada del personal estatutario. Sobre todo si se tiene en cuenta que el sistema de previsión social (Régimen General de la Seguridad Social: art. 17.1. i del Estatuto Marco) de dicho personal, a diferencia de lo que sucede con la relación funcional común, es el mismo que el de los trabajadores por cuenta ajena y que, en teoría y en una primera aproximación a esta cuestión, quizá cupiera la posibilidad

de que la vacante (parcial) que el estatutario dejara como consecuencia de su jubilación anticipada y parcial, desde luego siempre que se respete el mandato constitucional de provisión reglada mediante los criterios de mérito y capacidad (STC 99/1987), pudiera ser cubierta por la entidad pública responsable de la asistencia sanitaria, incluso en condiciones análogas a las previstas por el art. 12.6 del ET, mediante alguna de las técnicas extraordinarias de contratación temporal permitidas por la normativa estatutaria (art. 9 del Estatuto Marco) y que, como es notorio, vienen siendo tan profusamente utilizadas por todas las administraciones en los últimos tiempos. Ese sería, en todo caso, y si es que ello pudiera resultar compatible con el mecanismo novatorio implícito en un contrato de relevo, uno de los contenidos del futuro reglamento.

Probablemente tampoco resultarían insalvables las enormes dificultades que se intuyen en la plasmación, dentro de la secuencia jurídica triangular (administración sanitaria/jubilado parcial/relevista) o cuadrangular (entidad gestora/administración sanitaria/jubilado parcial/relevista), de los derechos y obligaciones del personal estatutario que aspire a alcanzar, anticipadamente o no, la jubilación parcial y a mantener la correlativa prestación de servicios en la pertinente proporción. Esta también sería, en su caso y entre otras cuestiones a resolver, la misión de la pertinente regulación reglamentaria que perfeccione en su día el derecho cuestionado.

Pero lo verdaderamente cierto y relevante a los efectos que aquí importan es que, como se dijo, tanto la referencia del art. 166.2 LGSS al término “trabajadores” como la mención directa que el propio precepto hace del art. 12.6 del ET, y, sobre todo, la expresa remisión al futuro reglamento que se contiene, merced a la adición introducida por la Ley 35/2002, de 12 de julio, en el número 4 del mismo art. 166 de la LGSS (“El régimen jurídico de la jubilación parcial a que se refieren los apartados anteriores será el que reglamentariamente se establezca”), permiten entender, con la sentencia impugnada, que el personal estatutario, al menos por ahora, no puede acceder a ese tipo de jubilación parcial, ni a la anticipada ni a la que hemos dado en denominar autónoma. El reglamento en sí parece configurarse pues como el presupuesto que el legislador ordinario ha querido establecer para que quepan este tipo de flexibilidades en la jubilación del personal estatutario.

2. Incluso fuera del ámbito de la relación estatutaria tampoco la jubilación parcial, anticipada o no, se encuentra universalmente perfeccionada. La disposición adicional 8ª.4 de la LGSS extiende la aplicación de la jubilación parcial (“en todo caso”) a los trabajadores por cuenta ajena de todos los Regímenes Especiales pero respecto a los trabajadores por cuenta propia de los Regímenes del Mar, Agrario y Autónomos no lo hace de manera incondicional sino que simplemente lo anuncia “en los términos y condiciones que se establezcan reglamentariamente”. El art. 1 (“ámbito de aplicación”) del RD 1131/2002 no menciona expresamente a los incluidos en el Régimen de Autónomos, citando en cambio a los “incluidos en el campo de aplicación del Régimen General y del Régimen Especial de la Minería del Carbón y a los que, siendo trabajadores por cuenta ajena, estén incluidos en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar”, sin que se haya aprobado hasta el momento una regulación reglamentaria específica de la jubilación parcial de los asegurados incluidos en el Régimen de Autónomos.

3. El art. 26.4 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, prevé que “el personal estatutario que reúna los requisitos establecidos en la legislación de Seguridad Social” podrá optar a la jubilación voluntaria, total o parcial, añadiendo igualmente que “los órganos competentes de las Comunidades Autónomas podrán establecer mecanismos para el personal estatutario que se acoja a esta jubilación como consecuencia de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos”.

El precepto pues, además de permitir o abrir la vía a esa posibilidad de jubilación voluntaria, total o parcial, cuando traiga su causa en algún proyecto elaborado al respecto por la correspondiente Comunidad Autónoma, contiene una clara y expresa remisión a la normativa de Seguridad Social que sólo puede entenderse en la forma arriba expuesta y que, por tanto, no permite la jubilación parcial anticipada al personal estatutario mientras esa posibilidad no sea desarrollada reglamentariamente, tal como lo fue para el personal laboral a partir del ya derogado RD 1991/1984, de 31 de octubre, pasando luego por el RD 144/1999, de 29 de enero, y hasta llegar al

vigente RD 1131/2002, de 31 de octubre, que, en el párrafo octavo de su preámbulo, justifica la necesidad de dictar normas de desarrollo y aplicación de las disposiciones contenidas en el art. 12.6 del Estatuto de los Trabajadores.

4. De la misma forma, cuando la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, en su Disposición Adicional Sexta, se ocupa de la jubilación de los funcionarios, prevé que “el Gobierno presentará en el Congreso de los Diputados un estudio sobre los distintos regímenes de acceso a la jubilación de los funcionarios que contenga, entre otros aspectos, recomendaciones para asegurar la no discriminación entre colectivos con características similares y la conveniencia de ampliar la posibilidad de acceder a la jubilación anticipada de determinados colectivos”.

Tal previsión es sin duda la plasmación normativa a la que alude la exposición de motivos de la propia Ley 7/2007 cuando sostiene que “en desarrollo de este Estatuto Básico, el legislador estatal y el de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, habrán de aprobar o modificar las leyes de función pública de sus Administraciones, así como las normas aplicables a la Administración local, respetando en este último caso la autonomía organizativa de las entidades locales. Dichas leyes podrán ser, asimismo, generales o referirse a sectores específicos de la función pública que lo requieran. Entre estas últimas habrá que contar necesariamente las que afecten al personal docente y al personal estatutario de los servicios de salud, constituyendo, en relación a este último colectivo, norma vigente la Ley 55/2003, de 14 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, y asimismo su normativa de desarrollo, con independencia de la vocación universal de aplicación y de norma de referencia, en definitiva, del Estatuto Básico del Empleado Público. Por lo que se refiere al personal laboral, en lo no dispuesto por el Estatuto Básico, que regula las especialidades del empleo público de esta naturaleza, habrá de aplicarse la legislación laboral común”.

5. Y aunque por razones cronológicas no resulte de aplicación al caso, como tampoco lo era en el supuesto contemplado por la sentencia de contraste, la Ley 40/2007, de medidas en materia de Seguridad Social, como criterio interpretativo que confirma o corrobora la firme y permanente voluntad del legislador sobre la necesidad de que exista un desarrollo normativo para que, tanto los funcionarios como el personal estatutario, puedan acceder a la jubilación parcial, conviene traer a colación, en fin, su Disposición Adicional Séptima, conforme a la cual, bajo la rúbrica de “Aplicación de los mecanismos de jubilación anticipada y parcial en el ámbito de los empleados públicos”, expresamente se establece que (párrafo primero) “en el plazo de un año, el Gobierno presentará un estudio sobre la normativa reguladora de la jubilación anticipada y parcial de los empleados públicos, así como del personal de las Fuerzas Armadas y al servicio de la Administración de Justicia, que aborde la aplicación de la normativa reguladora de tales modalidades de jubilación, las condiciones en que esta aplicación no genere problemas de sostenibilidad a los sistemas de protección social y la homogeneización, en términos equiparables, de los diferentes regímenes”. “En dicho estudio [añade el segundo párrafo] se contemplará la realidad específica de los diferentes colectivos afectados, incluida la del personal al que le es de aplicación la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, tomando en consideración las singularidades que rodean al mismo, desde una perspectiva acorde con las prioridades y garantías que se señalan en el párrafo anterior”.

6. En resumen pues, la modalidad de jubilación aquí cuestionada solo está claramente prevista y perfeccionada en el ordenamiento de la Seguridad Social (art. 166.2 LGSS), desarrollada reglamentariamente en la actualidad en el RD 1131/2002, de 31 de octubre, para los trabajadores por cuenta ajena (art. 12.7 ET), pero necesita un desarrollo propio y específico (también reglamentario: 166.4 LGSS), entre otros que ya hemos apuntado en el nº 2 del presente fundamento de derecho, respecto a quienes, como el personal estatutario de los Servicios de Salud, tienen un régimen jurídico muy distinto en relación con la prestación de servicios. El Estatuto Marco, aunque contempla esa posibilidad, la condiciona a que, quienes tengan competencia para hacerlo –las CCAA-, así lo determinen en su ordenamiento específico “como consecuencia de un plan de recursos humanos” (art. 26. 4 Ley 55/2003). De forma similar, el Estatuto del Empleado Público (Disposición Adicional Sexta de la Ley 7/2007), con relación a los funcionarios, admite también la misma posibilidad pero igualmente sometida o condicionada a que

el Gobierno presente “en el Congreso de los Diputados un estudio sobre los distintos regímenes de acceso a la jubilación de los funcionarios que contenga, entre otros aspectos, recomendaciones para asegurar la no discriminación entre colectivos con características similares y la conveniencia de ampliar la posibilidad de acceder a la jubilación anticipada de determinados colectivos”.

Y, en fin, la necesidad de ese posterior desarrollo normativo aparece confirmada y ratificada con mas claridad aún en la más reciente Ley 40/2007, de medidas en materia de seguridad social, no aplicable por razones cronológicas al caso de autos, cuya disposición adicional séptima conmina al Gobierno para que, en el plazo de un año (desde luego ya transcurrido con creces porque la Ley, según su Disposición Final Sexta, entró en vigor el 1 de enero de 2008), presente al Parlamento un estudio sobre la materia, es decir, sobre la normativa reguladora de la jubilación anticipada y parcial de los empleados públicos, en el que se contemple la realidad específica del personal estatutario.

7. Para finalizar, conviene precisar que la única y confusa alusión que el recurrente hace a la igualdad del art. 14 de la Constitución se concreta en afirmar, en relación con las contradictorias respuestas de las sentencias comparadas, que “...se vería seriamente lesionada [la igualdad]... dependiendo del territorio en que se preste los servicios al sistema de salud”, por lo que, desde esa perspectiva, la solución unificada que la presente resolución comporta satisface por completo el derecho fundamental invocado.

CUARTO.- Las anteriores reflexiones ponen de manifiesto que la doctrina correcta es la aplicada en la sentencia recurrida, por lo que, de conformidad también con el dictamen emitido en idéntico sentido por el Ministerio Fiscal, procede la desestimación del recurso interpuesto por el actor y la consecuente confirmación del fallo desestimatorio de la demanda que contiene la resolución impugnada. Sin costas.

Por lo expuesto, en nombre de S. M. El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

F A L L A M O S

Desestimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por D. MIGUEL LOPEZ SARRIA, contra la sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía/Granada, de fecha 23 de julio de 2008 y, en consecuencia, confirmamos el fallo desestimatorio de la demanda que tal resolución contiene. Sin costas.

Devuélvanse las actuaciones al Organo Jurisdiccional de procedencia, con la certificación y comunicación de esta resolución.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

VOTO PARTICULAR QUE FORMULA EL EXCMO. SR. MAGISTRADO Don FERNANDO SALINAS MOLINA A LA SENTENCIA DE SALA GENERAL DE FECHA 22-JULIO-2009 (RECURSO 3044/2008), AL QUE SE ADHIEREN, FORMULÁNDOLO CONJUNTAMENTE, LOS/AS EXCMOS/AS SRS/SRAS MAGISTRADOS/AS Don JORDI AGUSTÍ JULÍA, Doña MARÍA LUISA SEGOVIANO ASTABURUAGA y Doña ROSA MARÍA VIROLÈS PIÑOL.

De conformidad con lo establecido en el artículo 260.2 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, formulamos voto particular a la sentencia dictada en Sala General en fecha 22-julio-2009 (recurso 3044/2008), para sostener la posición que mantuvimos en la deliberación, favorable a la estimación del recurso del beneficiario, personal estatutario de la seguridad social, que instaba su derecho al reconocimiento de la jubilación anticipada parcial y, consecuentemente, la casación de la sentencia de suplicación impugnada.

El voto particular se funda en las siguientes consideraciones:

I.- CIRCUNSTANCIAS CONCRETAS DEL LITIGIO OBJETO DE ANÁLISIS

Con carácter previo, cabe destacar las siguientes circunstancias:

a) La cuestión debatida consiste en determinar si una persona que ostenta la condición de personal estatuario en el SAS, puede acceder a la jubilación parcial anticipada, solicitada en fecha 13-septiembre-2007.

b) La sentencia de suplicación ahora impugnada, revocando la sentencia de instancia, denegó el referido derecho, como sintetiza la sentencia de casación aprobada mayoritariamente de la que discrepamos, afirmando que *“la posibilidad de jubilación parcial prevista en el art. 26.4 del Estatuto Marco (Ley 55/2003) `está pendiente de desarrollo reglamentario` y que el SAS no puede realizar los contratos de relevo del art. 12.6 ET; en ese mismo sentido ha de entenderse el art. 67 del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por la Ley 7/2007, todo lo cual, además, `viene corroborado`, según dice, por el contenido de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas específicas en materia de Seguridad Social, cuya Disposición Adicional Séptima establece expresamente que el Gobierno presentará en el plazo de un año un estudio sobre la normativa reguladora de la jubilación anticipada y parcial de los empleados públicos, incluido el personal estatuario”*.

c) La sentencia de contraste (STSJ/Canarias, sede de Tenerife, 10-marzo-2006 –rollo 879/2005) considera que el art. 26.4 del Estatuto Marco (Ley 55/2003) reconoce la jubilación parcial al personal estatuario, remitiéndose a los requisitos generales establecidos en la normativa de la Seguridad Social, sin que en el cuerpo, en las disposiciones adicionales o en las transitorias de aquel Estatuto se posponga su entrada en vigor, o su aplicación, a desarrollo reglamentario alguno; así como que el segundo párrafo del mencionado precepto no contempla otra previsión que la posibilidad de fomentar ese tipo de jubilaciones por las Administraciones Públicas en supuestos de reordenación de recursos humanos.

Entendemos que la doctrina correcta era la contenida en la sentencia de contraste, por lo que el recurso de casación unificadora interpuesto por el beneficiario debería haber sido estimado.

II.- FLEXIBILIZACIÓN DE LA NORMATIVA REGULADORA DE LA JUBILACIÓN PARCIAL A PARTIR DEL AÑO 2001 PARA LOGRAR QUE EN ESPAÑA SE ALCANZARA “UN GRADO DE IMPLANTACIÓN SIMILAR AL ALCANZADO EN OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL”.

La normativa reguladora de la jubilación parcial experimenta en el año 2001 una importante flexibilización, -- como destaca el preámbulo del Real Decreto 1131/2002 de 31-octubre (regulador de la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como la jubilación parcial) --, en el marco de los criterios contenidos en la recomendación 10ª del Pacto de Toledo y en el apartado IV del Acuerdo sobre la mejora y el desarrollo del sistema de protección social, así como de las orientaciones propuestas por las diferentes organizaciones internacionales y, en especial, por la Unión Europea. Destacándose la finalidad normativa tendente a evitar las “rigideces” que *“podían implicar una restricción en el desarrollo práctico de la jubilación parcial, que no alcanza en nuestro país un grado de implantación similar al alcanzado en otros sistemas de protección social”*.

En esta línea y en el marco de la prestación de servicios, el art. 1º de la Ley 12/2001 de 9-julio (de Medidas Urgentes de Reforma del Mercado de Trabajo para el Incremento del Empleo y la Mejora de su Calidad), modificó, entre otros, el art. 12.6 ET, en lo que se refería a la regulación del contrato a tiempo parcial, en orden a dotarlo de una mayor flexibilidad, tanto para el trabajador que pretende jubilarse a tiempo parcial como para el trabajador relevista.

Por su parte y en el ámbito de la Seguridad Social, el art. 34 de la Ley 24/2001 de 27-diciembre (de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social), efectuó una nueva redacción al art. 166 LGSS, en orden a acomodar la regulación de la jubilación parcial a las modificaciones introducidas en el ET, previendo el apartado 4 de dicho artículo, en la redacción incorporada por la Ley 35/2002 de 12-julio, que el régimen jurídico de dicha jubilación parcial *“será el que reglamentariamente se establezca”*.

El previsto desarrollo reglamentario se efectúa a través del antes citado Real Decreto 1131/2002 de 31-octubre, regulador de la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como la jubilación parcial (BOE 27-11-2002).

El art. 10 del Real Decreto 1131/2002 considera como beneficiarios de la jubilación parcial, sin distinciones, a todos *“Los trabajadores por cuenta ajena, integrados en cualquier Régimen de la Seguridad Social”*, destaca, en cuanto a la persona que pretende jubilarse parcialmente, que *“El trabajador concertará, previo acuerdo con su empresa, un contrato a tiempo parcial, reduciendo la jornada de trabajo y el salario, entre un mínimo de un 25 por 100 y un máximo de un 85 por 100 de aquéllos, en los términos previstos en el art. 12.6 ET”* (puede entenderse que la remisión es a los principios contenidos en el art. 12.6 ET cuando se trata de trabajadores por cuenta ajena no ordinarios) y, finalmente, estipula, con relación al trabajador relevista, que *“la empresa deberá concertar simultáneamente un contrato de relevo con un trabajador en situación de desempleo o que tenga concertado con la empresa un contrato de duración determinada, con objeto de sustituir la jornada de trabajo dejada vacante por el trabajador que se jubila parcialmente”*.

Es cierto que en esta normativa literalmente se refiere a trabajadores por cuenta ajena cuando regula el contrato a tiempo parcial (contrato de relevo) y a la jubilación parcial, pero también lo es que determinados colectivos, como el personal estatuario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social estaba ya incluido en las diversas CC.AA, en el Régimen General de la Seguridad Social, y no se efectúa exclusión o peculiaridad alguna respecto a la aplicabilidad a dicho personal de tales normas, ni se condiciona su vigencia a posibles ulteriores desarrollos reglamentarios distintos de los establecidos para los trabajadores ordinarios por cuenta ajena.

III.- INCIDENCIA DE LA LEY 55/2003 DE 16-DICIEMBRE, ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (BOE 17-diciembre-2003).

El Estatuto Marco del personal estatuario de los servicios de salud (Ley 55/2003 de 16-diciembre), en su Exposición de Motivos, señala que *“Consideración especial merece la sección 1ª del capítulo X, pues en ella se lleva a cabo la transposición al sector sanitario de dos directivas de la Comunidad Europea relativas a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la regulación de los tiempos de trabajo y del régimen de descansos, las Directivas 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, y 2000/34/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000”*.

Estas normas comunitarias a las que expresamente se remite se refieren a los trabajadores sin distinción, afirmando que se aplicarán *“a todos los sectores de actividad, privados y públicos”* (art.1.3 Directiva 93/104/CE y art. 1.3 Directiva 2000/34/CE que modifica la Directiva 93/104/CE, para incluir sectores y actividades excluidos de dicha Directiva), por lo que el propio legislador estatal al efectuar la transposición al sector sanitario de las directivas de la Comunidad Europea citadas equipara nominalmente, en estos términos, el personal estatuario a los trabajadores.

La Directiva 1993/104/CE de 23-noviembre-1993, señala el proceso hacia, por vía del progreso, para llegar a fórmulas como la del trabajo a tiempo parcial. Afirmando que *“la Carta comunitaria de derechos sociales fundamentales de los trabajadores, adoptada en el Consejo Europeo de Estrasburgo, el 9 de diciembre de 1989, por los jefes de Estado y de Gobierno de once Estados miembros, y en particular el párrafo primero de su apartado 7, su apartado 8 y el párrafo primero de su apartado 19 declara: <7. La realización del mercado interior debe conducir a una mejora de las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores en la Comunidad Europea, proceso que se*

efectuará mediante la aproximación, por la vía del progreso, de dichas condiciones, en particular en lo que respecta a la duración y distribución del tiempo de trabajo y a las formas de trabajo distintas del trabajo de duración indeterminada, como son el trabajo de duración determinada, el trabajo a tiempo parcial, el trabajo temporal, el trabajo de temporada>”.

Entendemos que si hipotéticamente era exigible ex art. 166.4 LGSS un desarrollo reglamentario para precisar el régimen jurídico de la jubilación racial del personal estatutario distinto al efectuado literalmente para los trabajadores por cuenta ajena por el Real Decreto 1131/2002, el referido desarrollo para este personal se ha efectuado por una norma de rango legal, en concreto en la específica para el mismo constituida por el Estatuto Marco del personal estatutario.

La citada Ley 55/2003 de 16-diciembre, se publicó en el BOE 17-diciembre-2003, entrando en vigor el día 18-diciembre-2003, coincidente con *“el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado»”* (Disposición final tercera).

En cuanto al personal estatutario y la posibilidad de su jubilación parcial (aspecto o ámbito afectante a la seguridad social de la jubilación parcial), el art. 26.4 de la Ley 55/2003, establece que *“4. Podrá optar a la jubilación voluntaria, total o parcial, el personal estatutario que reúna los requisitos establecidos en la legislación de Seguridad Social”* y, sin distinción entre la jubilación total o parcial, añade que *“Los órganos competentes de las Comunidades Autónomas podrán establecer mecanismos para el personal estatutario que se acoja a esta jubilación como consecuencia de un plan de ordenación de recursos humanos”*.

Obsérvese lo tajante y claro del precepto legal en orden a que podrá optar a la jubilación voluntaria parcial, el personal estatutario que reúna los requisitos establecidos en la legislación de Seguridad Social, reconociendo expresamente el derecho y efectuándolo de forma condicionada exclusivamente a que se reúnan los *“requisitos establecidos en la legislación de Seguridad Social”* y no en cualquier otra normativa estatal o autonómica de distinta naturaleza.

Ni en el citado art. 26.4, ni en ninguna de las disposiciones adicionales, transitorias o finales de la Ley 55/2003, se establece que la jubilación parcial del personal estatutario reconocida expresamente en el art. 26.4 con remisión exclusiva a los requisitos establecidos en la legislación de Seguridad Social requiera de un concreto desarrollo reglamentario para su aplicabilidad o eficacia.

El indicado art. 26.4 de la Ley 55/2003 no impone a las CC.AA. concretas obligaciones para que el personal estatutario a su cargo pueda acogerse a la jubilación parcial, pues, -- además de que la normativa de Seguridad Social es de exclusiva competencia estatal (art. 149.1.17ª CE (*“El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: ... 1.17ª Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas”*)) --, simplemente establece, no una obligación, sino una mera posibilidad de que puedan contemplarse globalmente tal tipo de jubilaciones parciales, no en una norma jurídica de mayor o menor rango en el ámbito autonómico, sino en un simple *“plan de ordenación de recursos humanos”*, de mayor o menor amplitud en su ámbito de aplicación o contenido o vigencia temporal, pero sin que esté previsto, ni sería posible que en un plan de tales características se establecieran, requisitos para la contratación administrativa o con incidencia en los presupuestos autonómicos o menos, como se ha advertido, en la normativa de Seguridad Social (*“podrán establecer mecanismos para el personal estatutario que se acoja a esta jubilación como consecuencia de un plan de ordenación de recursos humanos”*).

La remisión ex art. 26.4 a los *“órganos competentes de las Comunidades Autónomas”* cabe entender que lo es a los efectos, entre otros, que puedan favorecer o fomentar con carácter general (no con carácter individual o plural) el acogimiento del personal estatutario a la fórmula de la jubilación parcial, con el correlativo, en su caso, contrato o nombramiento a tiempo parcial, pues, si se examina con detalle el precepto, el plan que podrían efectuar esta dirigido directamente al personal estatutario (no a determinar los requisitos internos de los organismos administrativos o

delimitar sus relaciones con las entidades gestoras de la Seguridad Social), pues lo es para “*establecer mecanismos para el personal estatutario que se acoja a esta jubilación*” en el exclusivo supuesto de que lo efectuaran bajo el amparo o como consecuencia de un posible plan de ordenación de recursos humanos que pudiera haberse efectuado (“*como consecuencia de un plan de ordenación de recursos humanos*”).

La eficacia inmediata de la norma ex art. 26.4 de la Ley 55/2003 la corrobora el propio Estatuto Marco cuando al regular las normas específicas sobre el “*régimen de incompatibilidades*” del personal estatutario, establece en su art. 77.4 que “*la percepción de pensión de jubilación parcial será compatible con las retribuciones derivadas de una actividad a tiempo parcial*” (norma precisamente concordante con lo previsto literalmente para los trabajadores por cuenta ajena que se jubilen parcialmente en el art. 12.6 ET).

Por otra parte en cuanto al régimen de servicios de la persona que pretenda jubilarse parcialmente y el del posible personal estatutario relevista (aspecto o ámbito afectante a la relación de servicios por la incidencia de la jubilación parcial), cabe interpretar que tiene encaje en el art. 60.1 del Estatuto Marco, regulador de la “*Jornada de trabajo a tiempo parcial*”, en el que se establece expresamente que “*Los nombramientos de personal estatutario, fijo o temporal, podrán expedirse para la prestación de servicios en jornada completa o para la prestación a dedicación parcial, en el porcentaje, días y horario que, en cada caso y atendiendo a las circunstancias organizativas, funcionales y asistenciales, se determine*”

Como se ha expuesto, la propia Ley 55/2003 posibilita en su art. 60.1 que se puedan efectuar “*nombramientos a dedicación parcial*” de personal estatutario en los mismos términos que los previstos en el art. 12.6 ET para los trabajadores ordinarios por cuenta ajena, por lo que no existen problemas legales en el ámbito administrativo para poder efectuar el contrato o nombramiento “*de relevo*” con objeto de cubrir la jornada de trabajo dejada vacante por el personal estatutario que se jubila parcialmente. Puede, en definitiva entenderse, que a través de la normativa administrativa pueden cumplirse los principios que para el contrato de relevo se contiene en el vigente en la fecha de los hechos art. 12.6 ET o, como se especifica en el citado art. 10 Real Decreto 1131/2002, “*en los términos previstos en el art. 12.6 ET*”.

Además respecto a las cuestiones afectantes a la Seguridad Social del “personal estatutario con nombramiento a tiempo parcial”, la normativa aplicable es la misma que para los trabajadores por cuenta ajena contratados a tiempo parcial, ya que establece expresamente la Disposición adicional 14ª del Estatuto Marco que “*Al personal estatutario con nombramiento a tiempo parcial a que se refiere el art. 60 de esta Ley le resultará de aplicación la disposición adicional 7ª del Texto Refundido de la LGSS, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y las disposiciones dictadas en su desarrollo*”; es decir, se rigen en materia de Seguridad Social por las mismas normas aplicables a los “*trabajadores contratados a tiempo parcial*” contenidas en la citada Disposición adicional 7ª LGSS respecto a cotización, períodos de cotización, bases reguladoras y protección por desempleo.

IV.- LA NO INCIDENCIA DE LA LEY 7/2007 DE 12 DE ABRIL DEL ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEO PÚBLICO (BOE 13-abril-2007) NI DE LA LEY 40/2007 DE 4-DICIEMBRE, DE MEDIDAS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL (BOE 5-diciembre-2007).

Obsérvese, por otra parte, que la posterior la Ley 7/2007 de 12 de abril del Estatuto Básico del Empleo Público (BOE de 13 de abril) no hace referencia en esta materia relativa a la jubilación parcial a nada que pudiera entenderse afectante al personal estatutario.

No es aplicable tampoco al supuesto ahora enjuiciado la ulterior al hecho causante Ley 40/2007 de 4-diciembre, de Medidas en materia de Seguridad Social (BOE 5-diciembre-2007), ni siquiera, entendemos, para corroborar una posible solución desestimatoria (como se afirma en la sentencia aprobada mayoritariamente de la que discrepamos).

Esta Ley 40/2007 con relación a la modalidad de jubilación parcial, como destaca en su Exposición de Motivos, “*se supedita el acceso a la misma, como regla general, al cumplimiento de 61 años de edad, a que el trabajador tenga una antigüedad de 6 años en la empresa y a que acredite un período de cotización de 30 años, y ello con el fin de garantizar que esta clase de jubilación se avenga mejor a los objetivos que con ella se pretenden obtener. Se establecen, asimismo, ajustes en los porcentajes de reducción máxima y mínima de la jornada habitual de trabajo del trabajador que pasa a la jubilación parcial, así como la necesidad de que la base de cotización del trabajador relevista no podrá ser inferior al 65 por 100 de aquella por la que venía cotizando el trabajador que pasa a la jubilación parcial*”.

En el art. 4 de la Ley 40/2007, relativo a la “*jubilación parcial*”, se modifican los apartados 1 y 2 del 166 LGSS y se le incorpora una nueva Disposición transitoria 17ª.

En la Disposición Adicional 29ª de la Ley 40/2007, relativa a los “*Contratos de trabajo a tiempo parcial y contrato de relevo*”, se modifica la redacción del apartado 6 del art. 12 ET y se incluye en dicho artículo un nuevo apartado 7, además se incluye una nueva disposición transitoria 12ª en el ET.

Por último, en cuanto ahora más directamente nos afecta, la Disposición Adicional 7ª de la Ley 40/2007, relativa a la “*Aplicación de los mecanismos de jubilación anticipada y parcial en el ámbito de los empleados públicos*”, dispone que “*En el plazo de un año, el Gobierno presentará un estudio sobre la normativa reguladora de la jubilación anticipada y parcial de los empleados públicos, así como del personal de las Fuerzas Armadas y al servicio de la Administración de Justicia, que aborde la aplicación de la normativa reguladora de tales modalidades de jubilación, las condiciones en que esta aplicación no genere problemas de sostenibilidad a los sistemas de protección social y la homogeneización, en términos equiparables, de los diferentes regímenes*” y que “*En dicho estudio se contemplará la realidad específica de los diferentes colectivos afectados, incluida la del personal al que le es de aplicación la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, tomando en consideración las singularidades que rodean al mismo, desde una perspectiva acorde con las prioridades y garantías que se señalan en el párrafo anterior*”.

Se adopta un concepto amplio de “empleado público”, incluyendo en el mismo tanto a los encuadrados en el ámbito del Estatuto del Empleado Público (funcionarios y personal laboral), a colectivos excluidos del mismo como al personal de las Fuerzas Armadas y al servicio de la Administración de Justicia, así como al personal estatutario encuadrado en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Recuérdese que conforme el art. 8.2.c) de la Ley 7/2007 de 12-abril (Estatuto Básico del Empleado Público) entre los “*empleados públicos*” se incluye el “*personal laboral, ya sea fijo, por tiempo indefinido o temporal*”.

Además en ese complejo y amplio colectivo, de diverso encuadramiento a estos efectos, la normativa reguladora de su previsión o seguridad social no está integrada exclusivamente por la establecida en el RGSS (personal estatutario, personal funcional de determinadas CCAA y personal laboral), sino también por la normativa de las denominadas Clases Pasivas (funcionarios estatales, personal de las Fuerzas Armadas y al servicio de la Administración de Justicia, entre otros) (en especial art. 2 – ámbito personal de cobertura - del Real Decreto Legislativo 670/1987 de 30-abril, que aprueba el Texto Refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado).

Ya se ha indicado que dada la fecha del hecho causante, en el supuesto enjuiciado no es de aplicación la normativa resultante de la Ley 40/2007, más tampoco, entendemos, que “a posteriori” de tal texto normativo quepa extraer consecuencias en orden a entender que el personal estatutario no tiene derecho por ahora al disfrute de la pensión de jubilación parcial.

Obsérvese que, por una parte, no se establece la obligación del Gobierno o del Poder Legislativo de dictar normas reglamentarias o legislativas sobre la jubilación parcial de los colectivos afectados, pues se parte de la existencia de la referida normativa y de que el “*estudio*”, -- que no

consta efectuado a pesar del transcurso del plazo concedido --, parece que debería exclusivamente incidir en la problemática afectante a *“las condiciones en que esta aplicación no genere problemas de sostenibilidad a los sistemas de protección social y la homogeneización, en términos equiparables, de los diferentes regímenes”*; las que, en definitivas, son las “prioridades” y “garantías” a estudiar por el Gobierno en clave de armonización para el personal de distinta naturaleza al servicio de las diferentes administraciones públicas (*“tomando en consideración las singularidades que rodean al mismo, desde una perspectiva acorde con las prioridades y garantías que se señalan en el párrafo anterior”*).

Por otra parte, con respecto al personal estatutario, – al igual que acontecería de interpretarse que desde la entrada en vigor de la Ley 40/2007 la jubilación parcial no era aplicable al personal laboral al servicio de la Administración pública a la espera de un hipotético desarrollo reglamentario o “estudio” ex disposición adicional 7ª de dicha Ley 40/2007 --, resultaría contrario a los principios de seguridad jurídica y de vigencia e irretroactividad de las leyes (arts. 9.3 Constitución y 2 Código Civil), que el art. 26.4 de la Ley 55/2003 de 16-diciembre que entró en vigor el día 18-diciembre-2003 pudiera dejarse sin vigencia a la espera de un futuro desarrollo reglamentario o “estudio” por imperativo de una Ley posterior, en concreto por la Ley 40/2007 con entrada en vigor el 1-enero-2008 (Disposición Final sexta).

Adviértase que para los trabajadores ordinarios por cuenta ajena y en orden a su jubilación parcial no se ha puesto nunca en cuestión la vigencia inmediata de las normas reguladoras de la jubilación parcial y del contrato de relevo, a pesar de que el propio ET contienen normas como las que establecen que *“Reglamentariamente se desarrollarán los requerimientos específicos del trabajo para considerar que el puesto de trabajo del trabajador relevista no pueda ser el mismo o uno similar al que venía desarrollando el jubilado parcial”* (art. 12.7.d in fine reformado por Ley 40/2007) o las que disponen que *“En la negociación colectiva se podrán establecer medidas para impulsar la celebración de contratos de relevo”* (art. 12.7.e ET reformado por Ley 40/2007 coincidente con art. 12.6.d ex Ley 12/2001 de 9-julio), norma esta última que podría entenderse que guarda una gran similitud con la comentada previsión del *“plan de ordenación de recursos humanos”* ex art. 26.4 Ley 55/2003.

V.- CONCLUSIONES.-

1.- Entendemos, que con respecto concretamente al personal estatutario no tiene razón de ser estar a la espera un futuro desarrollo reglamentario para reconocerles el derecho a la jubilación parcial.

2.- Ni siquiera en la sentencia aprobada mayoritariamente se hace específica referencia al necesario preciso contenido de tal reglamento que impidiera ahora el reconocimiento directo del derecho solicitado. Las posibles propuestas que se formulan ya están resueltas en el Estatuto Marco y otras que plantea deberían desarrollarse, en su caso, por Ley y no reglamentariamente, sin que exista previsión en dicho Estatuto o en otra norma de igual rango de la exigencia de una nueva Ley para el desarrollo de tales cuestiones.

3.- Las normas de posible concreción en un ulterior texto relativas a la jubilación parcial de este personal cabe entenderlas ya contenidas, no en un texto meramente reglamentario, sino en un texto legal, en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003 de 16-diciembre), único que puede regular válidamente la relación de servicios del personal estatutario, y en el que se contienen normas completas relativas a los dos aspectos de la jubilación parcial que podrían entenderse necesitados de posible desarrollo o concreción, tanto el afectante a los aspectos de seguridad social como los relativos a la relación de servicios del personal estatutario a tiempo parcial, como se ha expuesto.

4.- No tendrían que incidir en las soluciones negativas en vía administrativa o jurisdiccional con respecto a la jubilación parcial del personal estatutario, dilatando su reconocimiento a la espera de un teórico desarrollo reglamentario, las posibles críticas doctrinales al régimen de jubilación parcial

o su incidencia en la sostenibilidad del sistema económico de la Seguridad Social, pues tales críticas afectarían por igual al régimen legal de tal prestación tanto para los trabajadores por cuenta ajena como para el personal estatutario que, como reiteramos, entendemos tiene actualmente derecho a dicha prestación.

5.- No resulta del todo coherente que los aspectos relativos a la prestación de servicios del personal estatutario, dado que además son lo que inciden directamente en el aspecto de la jubilación parcial como medida de fomento de empleo, queden a la valoración exclusiva del INSS a pesar de la posible contradicción de intereses con la empleadora en este extremo. Obsérvese que en otros procedimientos de este tipo la propia Administración autonómica ha establecido los mecanismos correspondientes para ajustar la prestación de servicios de la persona que se pretende jubilar anticipadamente y la del relevista al Estatuto Marco del personal estatutario, aceptando plenamente las consecuencias de un posible reconocimiento a la jubilación parcial.

6.- Tampoco deberían incidir las reflexiones sobre la garantía del principio de mérito y capacidad para prestar servicios, incluso temporales, como personal estatutario en la Administración de la Seguridad Social, pues tal principio está salvaguardado en el Estatuto Marco del personal estatutario, y, de entenderse lo contrario, lo adecuado sería el planteamiento de la correspondiente cuestión de inconstitucionalidad, pero no el denegar la prestación a la espera de un futuro reglamento, el que por su rango normativo no podría modificar dicho Estatuto ni dar respuesta a tal problemática de existir.

7.- Por último, debería valorarse la incidencia que una posible solución negativa al reconocimiento del derecho a la jubilación parcial al personal estatutario podría tener en el principio de igualdad ex art. 14 CE, puesto que está incluido, al igual que los trabajadores por cuenta ajena ordinarios, en el Régimen General de Seguridad Social, sin distinciones ni matizaciones por la diferente naturaleza jurídica de su relación de servicio. Además, reúne tanto la persona que pretende la jubilación parcial como la posible relevista idénticas condiciones a las que la normativa de Seguridad Social y la sustantiva laboral exige a los trabajadores ordinarios por cuenta ajena. Por último, es frecuente la coincidencia en el propio marco de los servicios públicos de salud de personal laboral y de personal estatutario, por lo que incluidos ambos en el citado RGSS, es difícil encontrar datos objetivos y razonables que justifiquen una posible diferencia de trato en orden a la concesión de las prestaciones contributivas de jubilación parcial.

Madrid 22 de julio de 2009.

PUBLICACIÓN.- En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. José Luis Gilolmo López así como el voto particular formulado por el Excmo. Sr. D. Fernando Salinas Molina, al que se adhieren, el Excmo. Sr. Magistrado D. Jordi Agustí Juliá, y las Excmas. Sras. Magistradas D^a M^a Luisa Segoviano Astaburuaga y D^a Rosa María Virolés Piñol, hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.

La Fundación Hospital de Madrid, la Universidad CEU-San Pablo y el Instituto Roche firmaron ayer el convenio de colaboración para la creación de esta cátedra

NACE LA CÁTEDRA DE DIANAS TERAPÉUTICAS ROSALIND FRANKLIN-INSTITUTO ROCHE

- El objetivo de la cátedra es proporcionar la información científica necesaria sobre dianas terapéuticas, así como constituirse en foro de debate para los profesionales cuya actividad científica o profesional se centre en esta área del conocimiento y de la investigación
- La creación de esta unidad funcional es una iniciativa única debido a que no existen planteamientos similares en nuestro entorno, incluso a nivel europeo, y porque, al ser un campo de nueva creación, toda la información relacionada con el mismo está dispersa, aunque, paradójicamente, la demanda al respecto es creciente, tanto cuantitativamente (número de marcadores predictivos), como cualitativamente (necesidad urgente de formación y de control de calidad)
- Entre las actividades previstas en la cátedra, destacan la creación de un entorno web que sirva como marco conceptual y práctico para las actividades de la misma, la publicación de manuales, la organización de cursos de formación, el establecimiento de reuniones de consensos de biomarcadores y la puesta en marcha de un protocolo de control de calidad en el estudio biomarcadores



La Fundación Hospital de Madrid, la Universidad CEU-San Pablo y el Instituto Roche han firmado ayer miércoles un convenio de colaboración para la creación de la Cátedra de Dianas Terapéuticas Rosalind Franklin-Instituto Roche, que tiene el objetivo de proporcionar la información científica necesaria sobre dianas terapéuticas, así como constituirse en foro de debate para los profesionales cuya actividad científica o profesional se centre en esta área del conocimiento y de la investigación.

El convenio fue firmado por el Prof. Dr. D. Juan Martínez López de Letona, presidente de la Fundación Hospital de Madrid; Excmo. y Mgfco. D. Rafael Sánchez Saus, rector de la Universidad CEU-San Pablo; y el Dr. D. Jaime del Barrio Seoane, director general del Instituto Roche.

Asimismo, asistieron al acto de la firma del convenio miembros de las tres entidades, entre ellos, el Dr. Juan Abarca Cidón, director general del Grupo Hospital de Madrid (HM); el Dr. Jesús Peláez Fernández, director de Docencia e I+D+i del Grupo HM y vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo; el Dr. D. Fernando López-Ríos, profesor adjunto de Enseñanzas Clínicas de la misma facultad, director del Laboratorio de Dianas Terapéuticas (LDT) del Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, perteneciente al Grupo HM, y director de la recién creada cátedra; el Dr. Manuel Hidalgo, profesor agregado y jefe de sección de Oncología de la Facultad, de donde nace esta cátedra, y director del Centro Integral Oncológico Clara Campal; Ilma. Sra. Dña. Inma Castilla de Cortázar, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo; y Dña. María Jesús Alsar, miembro del Patronato del Instituto Roche.

Iniciativa única

La creación de la Cátedra de Dianas Terapéuticas Rosalind Franklin-Instituto Roche es una iniciativa única debido a que no existen planteamientos similares en nuestro entorno, incluso a nivel europeo, y porque, al ser un campo de nueva creación (menos de 5 años de desarrollo), toda la información relacionada con el mismo está dispersa, aunque, paradójicamente, la demanda al respecto es creciente, tanto cuantitativamente (número de marcadores predictivos), como cualitativamente (necesidad urgente de formación y de control de calidad).

De ahí la importancia de la creación de esta unidad funcional, que persigue organizar la gestión del conocimiento en el ámbito de la Oncología predictiva.

Para ello, entre las actividades previstas en la cátedra, destacan la creación de un entorno web que sirva como marco conceptual y práctico para las actividades de la misma y la publicación de manuales, tanto de técnicas de laboratorio como de la Oncología predictiva de un gen o de un fármaco concreto.

Asimismo, en el marco de esta iniciativa, se organizarán cursos de formación, se establecerán reuniones de consensos de biomarcadores -el Laboratorio de Dianas Terapéuticas del Hospital Universitario Madrid Sanchinarro ya ha participado en el primer consenso español de un biomarcador, concretamente *HER2*, iniciativa casi única en Europa- y se pondrá en marcha un protocolo de control de calidad en el estudio biomarcadores, partiendo de la base de que el LDT es el único laboratorio español que participa en el control de calidad europeo del gen K-RAS.

La cátedra, que estará dirigida por el Dr. Fernando López-Ríos, tendrá una duración prevista de tres años, ya que sus promotores consideran que éste es el plazo mínimo para identificar un retorno cuantificable de las actividades planteadas, y se enmarca en la sección de Oncología del Departamento de Ciencias Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo.

Grupo HM

El Grupo Hospital de Madrid está formado por diversas empresas que gestionan diferentes hospitales médico-quirúrgicos privados, de gran cualificación técnica y humana.

Dirigido por médicos y con el objetivo de ofrecer una medicina de calidad, los diferentes centros del Grupo HM se han dotado con una tecnología de vanguardia y con el personal mejor cualificado y más humano.

Todos los hospitales del Grupo HM funcionan de forma integrada. Para ello, existe una estructura corporativa con servicios centralizados, así como diferentes herramientas informáticas de gestión integral.

Esto permite una actuación complementaria y sinérgica de estructuras, servicios y equipamientos, con el máximo aprovechamiento de los recursos tecnológicos y humanos.

Universidad CEU-San Pablo

La Universidad CEU-San Pablo es una de las tres universidades de iniciativa social y gestión privada de la Fundación Universitaria San Pablo-CEU, que ya ha cumplido 75 años en la enseñanza superior en España. En la Facultad de Medicina se imparten las licenciaturas en Medicina, Odontología y Psicología y las diplomaturas en Enfermería, y Podología.

Instituto Roche

El Instituto Roche nació en 2004 con el objetivo de promover, aprovechar y difundir todos los avances en la secuenciación del genoma y en la nueva forma de diagnosticar y tratar las enfermedades. Es una institución independiente y sin ánimo de lucro cuyo objetivo es impulsar la Medicina Individualizada.

Para ello, pone todo su esfuerzo en acercar los avances en Genética, Genómica y Proteómica a la sociedad, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Esta institución apuesta por la multidisciplinariedad y la excelencia en colaboración con los profesionales de la salud, sociedades científicas, universidades, centros de investigación y hospitales, autoridades sanitarias y políticas y organizaciones ciudadanas, que aportan su experiencia y su conocimiento desde diferentes ámbitos.

El proveedor de seguros de salud Univé-VGZ-IZA-Trias firma un contrato de externalización de Servicios de Gestión de Servidores de seis años de duración con Atos Origin

- **Incluye la reubicación de más de 1.500 servidores para mejorar la fiabilidad y reducir costes**

Univé-VGZ-IZA-Trias, proveedor de seguros de salud en los Países Bajos, externaliza la gestión de sus servidores a Atos Origin. Este importante contrato incluye la reubicación escalonada de 1.500 servidores de Univé-VGZ-IZA-Trias al centro de proceso de datos de Atos Origin, iniciándose el mes de octubre y está prevista que finalice a finales de 2010. Univé-VGZ-IZA-Trias decidió externalizar la Gestión de sus servidores a un proveedor externo al trasladar sus oficinas de Zwolle y Nijmegen a su oficina principal de Arnhem. Como ambas ubicaciones estaban equipadas con sus propios centros de proceso de datos, herencia de una fusión anterior, la compañía aseguradora decidió aprovechar la oportunidad para revisar la gestión de sus servidores. Los servidores de Univé-VGZ-IZA-Trias están actualmente en distintas ubicaciones y durante los próximos meses se integrarán en una arquitectura común en el centro de proceso de datos de alta tecnología de Atos Origin, junto con instalaciones específicas para casos de emergencia. Esta arquitectura generará una mejora de la fiabilidad, un aumento de la flexibilidad y ahorro de costes a largo plazo. Como parte del acuerdo, 12 empleados han sido transferidos de Univé-VGZ-IZA-Trias a Atos Origin.

Jo Knippenberg, Directora de TI de Univé-VGZ-IZA-Trias, señala: "Desde el principio tuvimos claro que necesitábamos un centro de datos totalmente nuevo; además, queríamos centralizar la gestión de nuestros servidores. Hemos estudiado todas las opciones de reconstrucción y centralización, pero hoy en día nos resultaba prácticamente imposible actualizar y mantener un centro de proceso de datos completamente equipado. Por eso decidimos aliarnos con un socio de TI innovador que conociera y entendiera la complejidad de nuestro negocio y Atos Origin era la elección perfecta. Llevamos trabajando juntos desde 2003 a plena satisfacción por ambas partes, las culturas empresariales de Atos Origin y de Univé-VGZ-IZA-Trias concuerdan a la perfección. Esa era una condición importante para esta colaboración".

El contrato de externalización refuerza la posición de Atos Origin en el mercado de seguros de salud. Rob Pols, Director Ejecutivo de Atos Origin en los Países Bajos, afirma: "Este contrato subraya la fe que Univé-VGZ-IZA-Trias ha depositado en nuestra empresa y confirma nuestra sólida posición en el sector de seguros de salud. Nuestro objetivo consiste en reforzar esta posición en los próximos años. Mediante la utilización de nuestros centros de proceso de datos respetuosos con el medio ambiente para gestionar los servidores de Univé-VGZ-IZA-Trias, no sólo conseguiremos ofrecer a la empresa una enorme flexibilidad y un gran ahorro de costes, sino que además proporcionaremos servicios sostenibles".

Acerca de Atos Origin

Atos Origin es una compañía internacional de servicios de tecnologías de la información. Su objetivo es transformar la visión estratégica de sus clientes en resultados mediante una mejor utilización de soluciones de consultoría, integración de sistemas y outsourcing. La compañía emplea 50.000 profesionales en 40 países, y su facturación anual es de 5.500 millones de euros. Atos Origin es partner tecnológico mundial para los Juegos Olímpicos, y sus clientes son grandes compañías internacionales de todos los sectores de actividad. Atos Origin cotiza en el mercado Eurolist de París y ejerce sus actividades con los nombres Atos Origin, Atos Worldline y Atos Consulting. Para más información: www.atosorigin.com

MÁS DE 600 CONGRESISTAS Y 5.000 MAYORES ASISTIRÁN EN SEVILLA AL `IX CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES` Y A LA `III FERIA MAYORES EN ACCIÓN`

- Se celebrará en el Palacio de Congresos (FIBES) de Sevilla durante los días 21 y 22 de octubre con el lema “El arte de envejecer”
- Contará con la Presidencia de Honor de SS.MM. los Reyes, Don Juan Carlos y Doña Sofía; y la presencia de instituciones, organizaciones y empresas orientadas al fomento del envejecimiento activo
- Participarán personalidades como el psiquiatra Luis Rojas Marcos, el escritor Juan Manuel de Prada, los periodistas González Urbaneja y Rosa María Calaf o los políticos Salvador Guirado y Ana Pastor, entre otros



Más de 600 congresistas procedentes de toda España participarán en el IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, organizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y que se celebrará en el Palacio de Exposiciones y Congresos (FIBES) de Sevilla durante los días 21 y 22 de octubre.

En el acto de presentación, celebrado ayer miércoles en el Real Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla, han estado presentes el presidente y la gerente de **CEOMA**, **José Luis Méler de Ugarte** y **Raquel Manjavacas**, respectivamente; el presidente del Colegio de Médicos de Sevilla, **Carlos Javier Gonzalez-Vilardell**; y el doctor **Rafael Barroso**, presidente de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores (Fapropem) y ponente en el Congreso.

*“Después de que las ediciones anteriores, celebradas en Valladolid y Madrid, fueran un éxito, consideramos pertinente otorgar a este Congreso el carácter nacional que le corresponde y, por ello, realizamos una apuesta importante por celebrarle por primera vez en **Andalucía**, donde el número de personas **mayores de 65 años es de 1,2 millones**, lo cual supone el **15,73 por ciento de la población**”,* ha explicado Méler y de Ugarte.

Por su parte, Raquel Manjavacas ha señalado *“que, aparte, de los 5.000 mayores que presenciarán la Feria, destaca que habrá cerca de 600 congresistas y más de 30 stands”*.

La gerente de **CEOMA** ha destacado *“la elevada calidad de las mesas redondas y de las ponencias que se van a celebrar, impartidas por personalidades como **Salvador Guirado**, portavoz y coordinador del Grupo Federal de Mayores del PSOE; **Ana Pastor**, secretaria ejecutiva de Política Social y Bienestar Social del PP; los periodistas **Rosa María Calaf**, **Luis Ángel de la Viuda**, **Tico Medina** o **Fernando González Urbaneja**; el escritor **Juan Manuel de Prada** o el psiquiatra **Luis Rojas Marcos**, entre muchos otros expertos”*.

Por su parte, el doctor Barroso ha recordado que *“la población mayor en España se estima en ocho millones de personas, por lo que necesitamos sentirnos amparados social y económicamente”*. Por último, ha puntualizado *“el reto que supone, tras incrementar muchos años a la vida, añadir más vida a esos años”*.

Feria Mayores en Acción

Junto al Congreso, se celebrará paralelamente la **III Feria ‘Mayores en Acción’**, que contará con más de 30 stands y a la que asistirán más de 5.000 visitantes durante los días 21 y 22 de octubre.

En ella, estarán presentes administraciones públicas, entidades sin ánimo de lucro y empresas dedicadas al sector de los mayores (ocio y turismo, salud o servicios) orientadas al fomento del envejecimiento activo a través de sus bienes, productos o servicios.

El Congreso, cuyo lema es *“El arte de envejecer”*, cuenta con la **Presidencia de Honor de SS.MM. los Reyes, Don Juan Carlos y Doña Sofía**; así como la colaboración del Ministerio de Igualdad, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), **Obra Social CajaMadrid**, Fundación **“la Caixa”**, de **Vodafone**, del **Real Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla**, la **Obra Social Bancaja**, de **Coca-Cola**, de la **Fundación Mapfre** y de la **Fundación ONCE**, entre otras instituciones.

ONGLYZA® (SAXAGLIPTINA) RECIBE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DE LA COMISIÓN EUROPEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

- **Se trata de una novedosa opción terapéutica para pacientes adultos con un inadecuado control de la glucosa**
- **Utilizado conjuntamente con otros antidiabéticos orales mejora el control del azúcar en sangre de los pacientes adultos con diabetes tipo 2**

Bristol-Myers Squibb (BMS) y AstraZeneca (AZ) han anunciado que la Comisión Europea ha otorgado a Onglyza® la autorización de comercialización en Europa.

Onglyza® es un tratamiento indicado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que necesitan mejorar su control glucémico. Se presenta como un comprimido de 5mg que se toma una vez al día en las siguientes situaciones:

- Como terapia añadida a la metformina, cuando el tratamiento con metformina, dieta y ejercicio físico, no proporciona un control glucémico adecuado.
- Como terapia añadida a una sulfonilurea, cuando el tratamiento con sulfonilurea, dieta y ejercicio físico, no proporciona un adecuado control glucémico en aquellos pacientes para los que el uso de metformina está contraindicado.
- Como terapia añadida a una tiazolidinediona, cuando el tratamiento con la tiazolidinediona, dieta y ejercicio físico, no proporciona un adecuado control glucémico en aquellos pacientes para los que se considerada apropiado el uso de una tiazolidinediona.¹⁻⁵

La autorización de comercialización se basa en la información obtenida de un exhaustivo programa de desarrollo clínico que incluyó seis ensayos principales registrados en fase III y un estudio en fase IIIB, en el que se comparaba saxagliptina más metformina con sitagliptina más metformina. Estos estudios evaluaron tanto la seguridad como la eficacia de Onglyza®. Los ensayos contaron con 4.148 pacientes con diabetes tipo 2, entre los que se incluyeron 3.021 pacientes tratados con Onglyza®.¹⁻⁵

Onglyza® es el primer medicamento que se lanza en Europa fruto de la colaboración mundial entre Bristol-Myers Squibb y AstraZeneca, una colaboración dirigida a desarrollar y comercializar fármacos en investigación para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Béatrice Cazala, presidente para Europa de Bristol-Myers Squibb y presidente de Global Commercialization, ha destacado en estos términos la importancia de la aprobación europea: "La decisión de la Comisión Europea marca un importante hito en la alianza entre Bristol-Myers Squibb y AstraZeneca.

Nuestra aportación al tratamiento de la diabetes tipo 2 y de la enfermedad cardiovascular, así como nuestro conocimiento y experiencia, nos permite entregar a los pacientes un medicamento que les ofrecerá una mayor posibilidad de elección para el tratamiento de su problema de salud".

Un problema de salud, que, como destacó Ulf Sather, vicepresidente regional para Europa de AstraZeneca, es cada día más acuciante: “La diabetes es una epidemia en aumento que, en la actualidad, afecta ya a 53 millones de personas en Europa, y se estima que este número de afectados va a seguir aumentando. El anuncio de la Comisión Europea es, por tanto, una buena noticia para quienes sufren de diabetes tipo 2 y demuestra el compromiso de AstraZeneca y Bristol-Myers Squibb de aportar nuevas opciones terapéuticas, tan necesarias para el tratamiento de la diabetes tipo 2”.

Onglyza® pertenece a la clase de los inhibidores de la enzima dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4). Estos inhibidores están diseñados para mejorar la capacidad del cuerpo para disminuir el azúcar en sangre (glucemia) cuando está elevado. Esta disminución se logra gracias a su acción sobre unas hormonas naturales, las incretinas, de forma que les permite aumentar la producción de insulina y reducir la producción hepática de glucosa.

Sobre la diabetes tipo 2

La diabetes (diabetes mellitus) es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no produce o no es capaz de utilizar adecuadamente la insulina (una hormona necesaria para que la glucosa entre en las células y así pueda ser utilizada como fuente de energía). Cuando el cuerpo no produce o no emplea correctamente la insulina, se van produciendo niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia) que se mantienen en el tiempo. La hiperglucemia sostenida -la antesala de la diabetes-, se asocia con complicaciones a largo plazo que pueden afectar a prácticamente todas las partes del cuerpo.

Todavía se desconoce el origen de la diabetes, si bien parece que en su aparición influyen factores tanto genéticos como ambientales (por ejemplo, la obesidad y la falta de ejercicio físico). Hay dos causas principales asociadas a la diabetes tipo 2: la primera es que el cuerpo no produce suficiente insulina (deficiencia de insulina); la segunda, que las células son resistentes al efecto de la insulina (resistencia a la insulina).

Los síntomas de la diabetes tipo 2 se van manifestando gradualmente, y por eso su debut no es tan repentino como en la diabetes tipo 1. Estos síntomas pueden incluir fatiga, necesidad de orinar frecuentemente, aumento de la sed y del apetito, pérdida de peso, visión borrosa y lenta cicatrización de heridas o úlceras. De todas formas, hay que decir que también algunas personas no presentan síntomas.

A menudo, la diabetes tipo 2 va asociada a una edad avanzada, obesidad, historial familiar de diabetes, historial previo de diabetes gestacional, inactividad física y a ciertas razas. También es frecuente que las personas con diabetes tipo 2 se caractericen por manifestar: resistencia a la insulina, obesidad abdominal, un estilo de vida sedentario, bajos niveles de colesterol HDL-C (el conocido como *colesterol bueno*) y altos niveles de triglicéridos, así como hipertensión.

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID), la diabetes tipo 2 representa aproximadamente del 85 al 95% de todos los tipos de diabetes. Según cifras de este organismo, en todo el mundo hay 246 millones de personas con ambos tipos de diabetes,⁷ lo que supone que (estimando el porcentaje de diabetes tipo 2 en un 90%), alrededor de 221 millones de personas padecen diabetes tipo 2.⁸ Para la mayoría de personas con diabetes tipo 2, la FID recomienda una hemoglobina A1C inferior al 6.5%.⁹

La hemoglobina A1C es una medición del nivel de glucosa en sangre de una persona a lo largo de un periodo de dos a tres meses, y se considera un importante marcador del control de la glucosa a largo plazo. Otros importantes marcadores para la diabetes tipo 2 son la glucosa plasmática en ayunas (que mide la glucosa en sangre de una persona transcurridas al menos ocho horas de haber comido), y la glucosa post-prandial, que mide la glucosa en sangre de una persona tras una comida.

Colaboración entre Bristol-Myers Squibb y AstraZeneca

En enero de 2007, Bristol-Myers Squibb y AstraZeneca iniciaron una colaboración para desarrollar y comercializar fármacos en investigación para la diabetes tipo 2. Estas terapias abren dos caminos clave en el manejo de la diabetes tipo 2 e intentan conseguir aumentar las opciones terapéuticas presentes y futuras. Esta colaboración se dirige en el cuidado global del paciente, mejorando sus resultados y creando una nueva visión para el tratamiento de las personas que viven con diabetes tipo 2.

Sobre Bristol-Myers Squibb

Bristol-Myers Squibb es una compañía biofarmacéutica global comprometida en descubrir, desarrollar y proporcionar fármacos innovadores que ayuden a los pacientes a superar enfermedades graves. Más información en www.bms.es

Sobre AstraZeneca

AstraZeneca es una compañía farmacéutica especializada en la investigación, desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos de prescripción y en el suministro de servicios para el sector de la sanidad. AstraZeneca es una de las cinco mayores empresas farmacéuticas de todo el mundo, con una facturación de 31.6 billones de dólares americanos, y ocupa posiciones de liderazgo en las áreas de gastrointestinal, cardiovascular, neurociencias, respiratorio, oncología e infección. **Más información en www.astrazeneca.es**

Referencias

1. Rosenstock J, et al. *Glucose-lowering activity of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor saxagliptin in drug-naïve patients with type 2 diabetes*. Diabetes, Obesity and Metabolism 2008; 10: 376-386
2. De Fronzo, et al. *The efficacy and safety of saxagliptin when added to metformin therapy in patients with inadequately controlled type 2 diabetes on metformin alone*. Diabetes Care. 2009 Sep;32(9):1649-55. Epub 2009 May 28
3. Ravichandran S, et al. *Saxagliptin added to a sulfonylurea is safe and more efficacious than up-titrating a sulfonylurea in patients with type 2 diabetes*. Diabetologia. 2008; 51 (Suppl 1): S342, Abstract 858 (Poster presented at ASD. September 7-11,2008, Rome, Italy).
4. Allen E, et al. *Saxagliptin added to a thiazolidinedione improves glycemic control in patients with inadequately controlled type 2 diabetes*. Diabetologia. 2008; 51 (Suppl 1):S342-S343, Abstract 859 (Poster presentado en EASD. September 7-11, 2008, Rome, Italy).
5. Jadzinsky M, et al. *Saxagliptin given in combination with metformin as initial therapy improves glycaemic control in patients with type 2 diabetes compared with either monotherapy: a randomized controlled trial*. Diabetes, Obesity and Metabolism 2009; 11: 611-622
6. Data on file
7. International Diabetes Federation factsheet "diabetes prevalence" accessed 19 May, 2009 www.idf.org/diabetes-prevalence
8. <http://www.eatlas.idf.org/upload/files/Tables%20Chapter%201.1.xls> accessed 1601 hours September 15th 2009)
9. IDF Global Guideline for type 2 diabetes 2005: Chapter 6: glucose control levels accessed 19 May, 2009 <http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20GGT2D.pdf>
10. Onglyza™ Summary of Product Characteristics.



AstraZeneca lanza en España el primer Inhibidor de la Bomba de Protones para la prevención del resangrado de la úlcera péptica

LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS SON LAS LESIONES GÁSTRICAS MÁS FRECUENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Las hemorragias digestivas, cuya causa principal son las úlceras gastro-duodenales, tienen una mortalidad que ronda entre el 5 y el 10%, ya que suelen ser pacientes mayores que padecen otras enfermedades asociadas como cardiovasculares o renales

Nexium (esomeprazol) es el primer inhibidor de la bomba de protones (IBP) que se lanza en España indicado para la prevención del resangrado de la úlcera péptica en adultos y que, por tanto, llena un vacío importante en las opciones terapéuticas actuales

Las hemorragias digestivas son las lesiones más frecuentes que se observan en los servicios de urgencias hospitalarias de gastroenterología. Tienen una mortalidad que ronda entre el 5 y el 10% en muchos casos y su causa principal son las úlceras gastro-duodenales.

Para cubrir el vacío terapéutico existente hasta el momento en el tratamiento de estas patologías, AstraZeneca ha logrado la indicación de Nexium (esomeprazol) en la prevención del resangrado de la úlcera péptica en adultos. “Se ha presentado el primer estudio que demuestra cómo un IBP puede disminuir la tasa de recurrencia de la hemorragia digestiva por úlcera gastro-duodenal”, afirma el doctor José Luis Calleja, jefe adjunto del Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid.

Nexium se convierte así en el primer Inhibidor de la Bomba de Protones (IBP) en el mercado español con indicación para la prevención del resangrado después de una endoscopia terapéutica por hemorragia aguda de úlceras gástricas o duodenales.

“Esomeprazol permitirá que disminuya el número de casos de recurrencia, sobre todo en personas con un mayor riesgo de resangrado como aquellos pacientes mayores, que padecen comorbilidades, es decir, enfermedades asociadas como cardiovasculares o renales y que toman anticoagulantes o antiagregantes”, asegura Calleja.

Este experto explica que las hemorragias digestivas más frecuentes vienen ocasionadas por lesiones que se producen en el esófago, el estómago o duodeno y su principal causa son las úlceras gastro-duodenales, aunque también pueden aparecer por la presencia de inflamación, esofagitis, gastritis o tumores. Pero, ¿por qué se producen las úlceras gastro-duodenales? “Se deben a la infección por la bacteria *Helicobacter pylori*, en la mayoría de los casos, o al consumo abusivo de antiinflamatorios no esteroideos”, apunta.

“Los pacientes con síntomas de hemorragia digestiva requieren una evaluación urgente de su proceso y el método diagnóstico que utilizamos es la endoscopia, que nos permite el estudio directo de la mucosa del esófago, el estómago y el duodeno, e incluso en algunos casos, el tratamiento de la lesión sangrante”, manifiesta Calleja.

“Sin embargo, -añade-, se ha presentado un estudio en el que se demuestra que si a un paciente con hemorragia digestiva se le administra esomeprazol de forma intravenosa en infusión continua junto con el tratamiento endoscópico tiene muchas menos probabilidades de volver a sangrar”.

Actualmente, alrededor del 20% de los pacientes con hemorragia por úlcera péptica pueden experimentar resangrado, incluso después de un tratamiento endoscópico: en estos casos, tienen un riesgo tres veces mayor de muerte. Los síntomas más comunes de una hemorragia digestiva son la emisión de sangre por el recto o un cuadro grave de cansancio o astenia provocado por la pérdida de sangre.

La aprobación de Nexium se fundamenta en los resultados de un estudio a gran escala, multinacional, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo que se llevó a cabo en 16 países de Europa, Asia y África. La población del estudio constaba de 767 pacientes, hombres y mujeres, de 18 años de edad en adelante que habían sido sometidos con éxito a un tratamiento hemostático endoscópico por hemorragia por úlcera péptica.

Los pacientes recibieron dosis elevadas de Nexium i.v. (infusión en bolo intravenoso de 80 mg durante 30 minutos seguido de Nexium 8 mg i.v./hora durante 71,5 horas) o una infusión de placebo equiparable durante 72 horas. Todos los pacientes recibieron además Nexium 40 mg oral, una vez al día, durante 27 días.

El estudio demostró que Nexium reducía significativamente, en aproximadamente la mitad, el número de pacientes que sufrían resangrado tras el tratamiento endoscópico inicial de la hemorragia por úlcera péptica. Se observó que el tratamiento era más eficaz a los tres, siete y treinta días, reduciendo significativamente el uso de recursos hospitalarios comparado con placebo. Nexium también fue bien tolerado, con un perfil de acontecimientos adversos similar a placebo.

Hasta ahora, ningún otro IBP ha demostrado un beneficio global en los pacientes con alto riesgo de hemorragia por úlcera péptica en los estudios multicéntricos internacionales publicados de hemorragia por úlcera péptica en poblaciones de pacientes fundamentalmente caucásicas.

Nexium ya está aprobado en Europa para el tratamiento de los síntomas asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), para el tratamiento de la esofagitis por reflujo y para el control a largo plazo de los pacientes con esofagitis curada para prevenir la recidiva. Nexium también está indicado en la UE para la cicatrización de las úlceras gástricas asociadas al tratamiento con AINE y para la prevención de las úlceras gástricas y duodenales asociadas al tratamiento con AINE en pacientes de riesgo. Nexium en combinación con un régimen terapéutico antibacteriano adecuado también está aprobado para la erradicación de *H. pylori* y la cicatrización de la úlcera duodenal asociada a *H. pylori* y la prevención de la recidiva de las úlceras pépticas en pacientes con úlceras asociadas a *H. pylori*. Nexium i.v. 40 mg polvo para inyección/infusión en forma de solución está aprobado en Europa para el tratamiento de la secreción gástrica cuando la vía oral no es posible.

Nexium, sobre de 10 mg de gránulos resistentes al ácido gástrico, está indicado para el alivio de los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) durante un período de hasta ocho semanas en niños con edades entre 1 y 11 años. El sobre se dispersa en líquido y permite tomarlo con bebidas. Tiene un leve sabor a cítrico y no contiene ningún aromatizante artificial.

Acerca de AstraZeneca

AstraZeneca es una de las principales empresas internacionales en el campo de la salud dedicada a la investigación, desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos de prescripción de elevado valor y la provisión de servicios de cuidados médicos.

Es una de las más importantes empresas farmacéuticas del mundo con ventas de productos médicos de 31.600 millones de dólares, y es líder en las áreas de gastrointestinal, cardiovascular, sistema nervioso central, respiratorio, oncología y enfermedades infecciosas. Para más información acerca de AstraZeneca, visite: www.astrazeneca.es

Boehringer Ingelheim recibe la autorización de la Comisión Europea para Mirapexin® comprimidos de liberación prolongada en única toma diaria para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson

- **Nuevas formulaciones ofrecen a los pacientes con enfermedad de Parkinson la eficacia probada de Mirapexin® en combinación con la comodidad de una única toma al día**

Boehringer Ingelheim anunció ayer martes que la Comisión Europea ha concedido la autorización de comercialización para la nueva formulación de Mirapexin® (pramipexol) comprimidos de liberación prolongada en única toma diaria en todos los países de la UE/EEE¹ para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (EP) idiopática precoz y avanzada. La autorización se basó en la presentación de resultados clínicos que mostraban un perfil de eficacia y seguridad de la nueva formulación comparable al de los comprimidos de liberación inmediata administrados en tres tomas diarias.¹⁻⁴

Además de los resultados de los estudios clínicos que confirman los importantes beneficios terapéuticos de la nueva formulación administrada en un régimen cómodo de una toma diaria, otro estudio ha mostrado la posibilidad de pasar de forma fácil y rápida de un tratamiento con Mirapexin® comprimidos de liberación inmediata a la nueva formulación de Mirapexin® comprimidos de liberación prolongada a la misma dosis diaria.⁵

“La autorización europea de la nueva formulación supone otro gran paso adelante en la misión de satisfacer las necesidades de los pacientes y supone un hito para este medicamento antiparkinsoniano que ha conquistado altas cotas de éxito en todo el mundo. Estamos muy satisfechos de que gracias a la solidez de la evidencia científica, la autoridad reguladora haya resuelto la revisión sin demoras, lo que permitirá a los primeros países hacer llegar de forma inmediata la nueva formulación a los pacientes,” dijo el Dr. Manfred Haehl, vicepresidente corporativo de Medicina de Boehringer Ingelheim. “Además, los datos muestran que Mirapexin® comprimidos de liberación prolongada provocan menos fluctuaciones de la concentración plasmática a lo largo de 24 horas en comparación con la administración de tres tomas de liberación inmediata al día, un aspecto que los médicos deben tener en cuenta al elegir la mejor opción terapéutica para su paciente.”

Mary Baker, MBE, presidenta de la Federación Europea de Sociedades Neurológicas (EFNA), comentó la autorización europea de la nueva formulación del siguiente modo: “La mayoría de los pacientes con enfermedad de Parkinson toman muchos medicamentos diferentes cada día para controlar los síntomas de la EP y de otras enfermedades concomitantes. Los pacientes y sus cuidadores agradecerán poder disminuir la cantidad de comprimidos sin perder eficacia, ya que se espera que la pauta de una toma diaria favorezca un mejor cumplimiento de los pacientes con su régimen terapéutico.”

Se ha presentado ante la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos una solicitud de registro para la formulación de liberación prolongada de pramipexol en única toma diaria (comercializada con el nombre de Mirapex® en Estados Unidos) para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (disponible actualmente en Estados Unidos como formulación de liberación inmediata).

¹ Los 27 estados miembros de la Unión Europea más Noruega e Islandia

Sobre la enfermedad de Parkinson (EP)

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurológica crónica más frecuente en los adultos de edad avanzada después de la enfermedad de Alzheimer. Su prevalencia estimada en todo el mundo es de aproximadamente un 1-2% de la población mayor de 65 años.⁶⁻⁸

Aunque tradicionalmente la EP se asocia a síntomas motores (como temblor, rigidez, movimiento lento, pérdida del equilibrio, marcha festinante, pérdida de la expresión facial), los síntomas no motores, como síntomas depresivos, dolor, deterioro cognitivo y trastornos del sueño, pueden ser significativos. Aunque pueden variar notablemente de un paciente a otro, los síntomas siempre empeoran con el paso del tiempo.

Sobre Mirapexin® (pramipexol)

Pramipexol es un compuesto de investigación original de Boehringer Ingelheim autorizado por primera vez en 1997 y disponible actualmente en más de 70 países en todo el mundo para el tratamiento de los signos y los síntomas de la enfermedad de Parkinson idiopática precoz y avanzada en monoterapia o en tratamiento combinado con levodopa. Ahora, la Comisión Europea ha autorizado la nueva formulación de pramipexol comprimidos de liberación prolongada en dosis única diaria para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson precoz y avanzada. Desde 2006, pramipexol (formulación de liberación inmediata) está autorizado también para el tratamiento sintomático del síndrome de piernas inquietas (SPI) moderado a grave.

Las reacciones adversas notificadas más frecuentemente ($\geq 5\%$) en pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con pramipexol fueron náuseas, discinesia, hipotensión ortostática, mareo, somnolencia, estreñimiento, alucinaciones visuales, cefalea y fatiga.

También se han notificado casos de pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con pramipexol que se han quedado dormidos sin advertirlo mientras realizaban actividades cotidianas como conducir vehículos. Durante el tratamiento con pramipexol, los pacientes pueden sufrir alucinaciones y levantarse con sensación de mareo, sudorosos o con náuseas.

Los pacientes y los cuidadores deben saber que se han comunicado casos de conductas anormales (como parte de la sintomatología de trastornos de control de impulsos y comportamientos compulsivos) como atracones, comprar compulsivamente, hipersexualidad y conductas ludopáticas en pacientes tratados con fármacos dopaminérgicos, inclusive pramipexol. En estos casos se ha de considerar la posibilidad de disminuir la dosis o de suspender gradualmente el tratamiento.

Boehringer Ingelheim

El grupo de compañías Boehringer Ingelheim es una de las 20 compañías farmacéuticas mayores del mundo. Con sede en Ingelheim, Alemania, cuenta con 138 filiales en 47 países, y tiene 41.300 colaboradores. Desde su fundación en 1885, la compañía de propiedad familiar se ha comprometido con la investigación, el desarrollo, la producción y la comercialización de nuevos productos de alto valor terapéutico para la medicina humana y animal.

En 2008, Boehringer Ingelheim tuvo unas ventas netas de 11.600 millones de euros, y su inversión en investigación y desarrollo fue prácticamente una quinta parte de los ingresos netos de su segmento de negocio mayor, los fármacos de prescripción.

LA 23 EDICIÓN DEL PREMIO BOEHRINGER INGELHEIM AL PERIODISMO EN MEDICINA YA TIENE FINALISTAS

- **Los finalistas han sido elegidos entre los 295 trabajos presentados por los medios españoles, cifra que supone un nuevo récord de participación**

Boehringer Ingelheim ha hecho públicos los 10 finalistas a la 23 Edición de su Premio al Periodismo en Medicina. Los ganadores del certamen, que recibirán una dotación de 12.000 € cada uno, se conocerán el martes 3 de noviembre en Madrid en el acto de entrega que tendrá lugar en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando.

En esta edición, los finalistas se han escogido entre un total de 295 trabajos presentados, de los que 206 han competido en categoría de prensa escrita y 89 en medios audiovisuales. Cabe destacar que, una vez más, el Premio Periodístico de Boehringer Ingelheim ha batido récord de participación, destacando especialmente la cifra de trabajos audiovisuales que pasa de 55 trabajos en 2008 a 89 en esta edición.

Los trabajos finalistas a la 23 Edición del Premio Boehringer Ingelheim al Periodismo en Medicina son:

Categoría Prensa Escrita:

- José Antonio Flores Lozano por el artículo “El síndrome del fin de semana” publicado en el diario EL COMERCIO DE GIJÓN
- Manuel Ruíz Rico por el artículo “La trastienda de la vanguardia” publicado en el diario EL CORREO DE ANDALUCÍA
- Eva Cervera González por el artículo “Cuando el placebo funciona” publicado en el diario LA VANGUARDIA
- Esther Samper Martínez por el artículo “Trasplante de médula ósea: una apuesta tan arriesgada como milagrosa” publicado en el portal SOITU
- Luís Muíño Martínez por el artículo “Tocando Fondo” publicado en la revista MUY INTERESANTE
- Lara Coreta Usúa por el artículo “El boom de los trillizos” publicado en el periódico EL HERALDO DE ARAGÓN
- Milagros Pérez Oliva por la serie de trabajos “Viaje a las fronteras de la ciencia” publicados en el periódico EL PAÍS

Categoría Medios Audiovisuales:

- Cándida Godoy Aparicio, Cristina Moreno y Mariano Rodrigo por el reportaje “La segunda vida de Andrés” emitido en el programa INFORME SEMANAL de TVE
- José Manuel Albelda Plaza, José Frutos Alcaide y Virginia Romero Valverde por el reportaje “Niños que se curan” emitido en el programa TRENTA MINUTOS de Telemadrid
- Jaume Vilalta Casas y Joan Torrent por el reportaje “Un presidente contra el Alzheimer” emitido en el programa QuèQuiCom de TELEVISIÓ DE CATALUNYA

El Consejo de Selección del Premio, compuesto por un grupo de catorce personalidades representantes del mundo institucional, académico, periodístico y científico del país, será el encargado de elegir a los ganadores por medio de la votación en pleno del jurado, el mismo martes 3 de noviembre.

Un escenario de excepción: Real Academia de Bellas Artes de San Fernando

La ceremonia de entrega contará con la presencia de diferentes personalidades del ámbito científico, médico, farmacéutico y de la comunicación y tradicionalmente está presidida por la Ministra/o de Sanidad y el Conseller o la Consellera de Salud de la Generalitat de Catalunya.

En esta ocasión, contará además con la ponencia magistral “La vocación de médico” impartida por el Profesor Ciril Rozman, Catedrático de Medicina y Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona.

El Premio Boehringer Ingelheim al Periodismo en Medicina

Con esta iniciativa, Boehringer Ingelheim realiza desde 1985, una modesta aportación a la importante labor que desarrollan los medios de comunicación y los periodistas españoles en la divulgación de la medicina y la salud entre la población general. Cabe destacar que en las 22 pasadas ediciones, en las que han participado más de 1.850 periodistas españoles, Boehringer Ingelheim ha premiado a más de 40 profesionales, autores de trabajos publicados en prensa, radio y televisión.

Además el galardón se ha renovado en su 23 edición al introducirse en las redes sociales respondiendo a las necesidades de comunicación de todos sus públicos. De este modo, la compañía farmacéutica también convocó al premio a través de Facebook, donde igualmente se podrá conocer a los ganadores y tener detalles de la entrega de premios, como fotografías, ponencia, etc. a través del evento “*Entrega de premios*” que el Premio Boehringer Ingelheim creará para la ocasión.

Sobre Boehringer Ingelheim

Con la puesta en marcha de esta 23 edición del Premio al Periodismo en Medicina, Boehringer Ingelheim ha continuado un año más fiel al compromiso de reconocer e incentivar la tarea de los periodistas españoles en la divulgación de los temas relacionados con la salud a través de los medios de comunicación.

El grupo Boehringer Ingelheim figura entre las 20 compañías farmacéuticas mayores del mundo. Con sede en Ingelheim, Alemania, opera a nivel global con 138 filiales en 47 países y cuenta con 41.300 colaboradores. Desde su fundación en 1885, esta compañía de propiedad familiar ha estado comprometida con la investigación, el desarrollo, la producción y la comercialización de nuevos productos de alto valor terapéutico para la medicina humana y veterinaria.

Boehringer Ingelheim se instaló en España en 1952, y a lo largo de estos más de 50 años ha evolucionado hasta situarse en la posición nº 10 del sector farmacéutico en nuestro país. La compañía tiene su sede en España en Sant Cugat del Vallès (Barcelona), y actualmente, cuenta con más de 1.700 colaboradores.

Boehringer Ingelheim tiene una clara vocación industrial en nuestro país, donde cuenta con dos centros estratégicos de producción internacional situados en la provincia de Barcelona: uno en Malgrat de Mar, de producción química que exporta a más de 25 países, y otro en Sant Cugat del Vallès, dedicado a la producción farmacéutica, desde donde se fabrican fármacos para más de 100 países de todo el mundo.

II Jornadas de Gestión aplicada a la Farmacia Hospitalaria. “Herramientas para una gestión excelente en el Servicio de Farmacia”

**SIN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA,
LA FACTURA DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL
SE INCREMENTARÍA MÁS DE UN 30 %**

- España es líder en el Servicios de Farmacia Hospitalaria, gracias al alto nivel de competitividad y el plan de formación de los farmacéuticos españoles
- De todo el arsenal terapéutico disponible, el farmacéutico de hospital selecciona aquellos medicamentos más coste-efectivos
- Del 14 al 16 de octubre se celebran en Sevilla las II Jornadas de Gestión aplicada a la Farmacia Hospitalaria, con el fin de mejorar este servicio
- Estas jornadas facilitarán pautas a los farmacéuticos españoles sobre cómo optimizar el tiempo, los procedimientos y los recursos económicos, para conseguir una gestión excelente de la farmacia hospitalaria
- El futuro de la gestión de las farmacias de hospital es el cuadro de mandos integral, que facilita, en muy poco tiempo, mucha información sobre todos los aspectos relevantes del Servicio de Farmacia

Dependiendo de las características del hospital, el Servicio de Farmacia Hospitalaria gestiona entre un 6% y un 17% del presupuesto total del mismo, pudiendo lograr, con su buena gestión, un ahorro de más del 30%. El farmacéutico de hospital ejerce un importante papel como gestor del medicamento, garantizando la calidad de la adquisición y unos costes lo más razonables posibles, generando la mayor competencia y efectuando procesos de adquisición lo más eficientemente posible.

Además, actúa como gestor del circuito fármaco-terapéutico, todas las fases en las que interviene el medicamento y el conjunto de profesionales sanitarios para **que el paciente reciba el fármaco adecuado, a la dosis adecuada, por la vía de administración correcta y en el horario establecido. Su trabajo garantiza la mayor efectividad del tratamiento, al menor coste y con la mayor seguridad.**

El Dr. José Luis Poveda, Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, explica que “el Servicio de Farmacia realiza un proceso multidisciplinar para la selección y evaluación de medicamentos donde, **de todo el arsenal terapéutico disponible, se selecciona aquellos medicamentos más coste-efectivos.** Es decir, intentamos maximizar la utilidad terapéutica de un fármaco, minimizando los costes”.

Lograr todos estos objetivos es el propósito de las **II Jornadas de Farmacia Hospitalaria, que se celebran en Sevilla del 14 al 16 de octubre.**

Bajo el título “Herramientas para una gestión excelente en el Servicio de Farmacia”, y patrocinado por Gilead Sciences, reúne a más de un centenar de farmacéuticos de hospital españoles para analizar: cuáles son las necesidades actuales y las herramientas relacionadas con una buena gestión de la farmacia hospitalaria, estudiar los estándares de gestión de la calidad y las claves de la transformación organizativa del Servicio de Farmacia o saber cómo optimizar el tiempo, los procedimientos y los recursos económicos.

El Dr. Poveda, miembro del Comité Científico de estas jornadas, recuerda que **“dependiendo de las características del hospital, el presupuesto del Servicio de Farmacia oscila entre el 6% y el 17%, por lo que significa una parte importante del gasto y es necesario arbitrar acciones que mejoren este tipo de recursos”.**

Añade este especialista que **“sin la gestión del servicio de farmacia, la factura de medicamentos en el hospital se incrementaría más de un 30%”.** Por ello, resalta la necesidad de establecer jornadas así, que **“mejoren el plano de competencia de los farmacéuticos de hospital y contribuyan a que se incrementen los conocimientos, las habilidades y una cierta actitud a la hora de afrontar nuestro trabajo”.**

Eficacia = Información actualizada

El servicio de Farmacia Hospitalaria es muy complejo, por lo que es necesario potenciar herramientas al servicio de las nuevas tecnologías que ayuden a disponer de la mayor información y lo más actualizada posible.

En este sentido, **el futuro de la organización de la farmacia de los hospitales españoles se dirige hacia el cuadro de mandos integral, gracias al cual el director de farmacia tiene, en muy poco tiempo, mucha información sobre todos los aspectos relevantes del Servicio de Farmacia.**

El Dr. Joaquín Giráldez, Coordinador de estas Jornadas y Director del Servicio de Farmacia de la Clínica Universidad de Navarra, explica que **“el cuadro de mandos integral permite al responsable del Servicio de Farmacia disponer periódicamente de todos los datos del hospital”**, cuántos pacientes, qué tipo de pacientes, cuántas intervenciones quirúrgicas se han realizado, el tipo de intervenciones, el tratamiento aplicado en cada caso, etc...; pudiendo establecer comparativas sobre la gestión que se está realizando.

“Esta información de primer nivel permite tomar decisiones al director del Servicio de Farmacia, ya que disponemos de datos concretos, sobre los que poder tomar decisiones concretas”, matiza el Dr. Giráldez.

LA COMISIÓN EUROPEA AUTORIZA LA COMERCIALIZACIÓN DE CAYSTON® PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN PULMONAR CRÓNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Gilead Sciences, Inc. (Nasdaq: GILD) ha anunciado que la Comisión Europea ha concedido la autorización condicional de comercialización de Cayston® (aztreonam lisina, 75 mg en polvo y disolvente para solución para inhalación por nebulizador).

La terapia es para la supresión de la infección pulmonar crónica debido a *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) en pacientes con fibrosis quística (FQ) mayores de 18 años. Cayston estará disponible a principios de 2010 en algunos países de la Unión Europea, dependiendo de los requisitos de las autoridades nacionales.

La FQ es una enfermedad genética crónica, que afecta a los sistemas respiratorio y digestivo de aproximadamente 70.000 personas en todo el mundo, y a 35.000 personas en la Unión Europea. La infección pulmonar crónica causada por *P. aeruginosa* es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los pacientes con FQ.

Cayston es un antibiótico inhalado que se administra tres veces al día durante un período de 28 días, a través del sistema nebulizador Altera®, un dispositivo de administración de fármacos específico de la Plataforma Tecnológica eFlow®, desarrollado por PARI Pharma GmbH. La compañía también ha contribuido al desarrollo de la formulación del fármaco Cayston para su administración mediante el sistema nebulizador Altera.

"Cayston supone un importante avance en la lucha contra la infección en personas con fibrosis quística, y su aprobación traerá una opción de tratamiento adicional para los pacientes que sufren de esta enfermedad debilitante," dijo Stuart Elborn, Profesor de Medicina Respiratoria, de la Universidad de Queens, Belfast. "La comunidad de la fibrosis quística está muy satisfecha de que la EMEA haya reconocido la importancia de sacar adelante este nuevo tratamiento eficaz".

La aprobación de Cayston se basa en los resultados de dos ensayos de Fase III, de un solo brazo de tratamiento, controlados con placebo (CP-AI-007 y CP-AI-005) y los resultados de un estudio de extensión abierto de varios brazos de tratamiento (CP-AI-006) que incluía pacientes que habían participado en los ensayos clínicos CP-AI-007 o CP-AI-005.

Las autorizaciones condicionales de comercialización son concedidas a los productos que abordan necesidades médicas no satisfechas y cuya disponibilidad se traduciría en un significativo beneficio para la salud pública. La autorización de comercialización completa está supeditada a la realización de un estudio adicional continuado de Fase III que investiga la eficacia y seguridad de Cayston en comparación con la solución nebulizadora de tobramicina en pacientes con FQ con *P. aeruginosa* pulmonar.

Las solicitudes de autorización de comercialización de Cayston están actualmente pendientes en Australia, Suiza y Turquía. En Septiembre de 2009, Cayston fue aprobado en Canadá. A principios de este año, la Food and Drug Administration (FDA) pidió a Gilead que realizara un ensayo clínico adicional antes de volver a presentar una nueva solicitud de autorización del fármaco. En Estados Unidos, Cayston sigue siendo un compuesto de investigación que aún no ha sido aprobado para su uso.

Acerca de Cayston

Cayston (aztreonam lisina, 75 mg en polvo y disolvente para solución para inhalación por nebulizador) es un antibiótico inhalado para la terapia de supresión de la infección pulmonar crónica debido a *P. aeruginosa* en pacientes con FQ mayores de 18 años. Cayston posee una potente actividad in vitro contra bacterias Gram-negativas, tales como *P. aeruginosa*. Aztreonam formulado con arginina es un agente autorizado para la administración intravenosa para el tratamiento de diversas infecciones.

Aztreonam lisina es una formulación de aztreonam desarrollada específicamente para la inhalación. Se ha designado con la categoría de fármaco huérfano en Estados Unidos y Europa. Cayston se administra solamente por vía inhalatoria, y los pacientes deben usar un broncodilatador antes de cada dosis de medicación.

La dosificación es de tres veces al día durante 28 días de tratamiento, y administrado al menos con cuatro horas de diferencia. La administración de ciclos adicionales debe ser considerada sólo a discreción del médico, y es recomendable esperar un periodo de al menos 28 días entre las pautas.

Acerca de Gilead Sciences

Gilead Sciences es una empresa biofarmacéutica que se dedica a descubrir, desarrollar y comercializar terapias innovadoras en las áreas de necesidad médica que aún no han sido atendidas. La misión de la compañía es avanzar en el cuidado de los pacientes que padecen enfermedades que suponen una amenaza para la vida. Con sede en Foster City (California), Gilead opera en EE.UU, Europa y Australia. Cayston es una marca registrada de Gilead Sciences, Inc.

Según un estudio realizado por TNS Healthcare

ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA RECONOCEN EL IMPORTANTE AVANCE DE GSK ONCOLOGÍA Y OTORGAN UN GRAN VALOR A SUS ACTUALES PRODUCTOS Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN

- Reconocen el importante avance de GSK Oncología en los últimos años
- Afirman tener una relación fluida y bidireccional con los delegados de GSK destacando su profesionalidad y formación
- Destacan la buena imagen de GSK en oncología, fundamentada en valores tan importantes como la transparencia, el rigor científico, la seriedad y la responsabilidad

Expertos en oncología aseguran que GlaxoSmithKline ha dado un importante avance en el terreno de la oncología y confían en su constante crecimiento gracias a su actual línea de investigación y al éxito que auguran de lapatinib (Tyverb®) y otros fármacos en desarrollo. Esta son algunas de las conclusiones que se extraen de una investigación cualitativa realizada con oncólogos sobre lapatinib y sobre la imagen de GSK en Oncología elaborada por TNS Healthcare (empresa especializada en la investigación de mercados relacionados con la salud) el pasado mes de junio para GSK. El estudio se realizó con oncólogos de Madrid y Barcelona con muy amplia experiencia (entre 5 y 25 años) tanto en la sanidad pública como en la privada.

En este estudio los expertos reconocen el compromiso de GSK en el campo de la oncología y asocian a la compañía otros valores como el ser pionera en investigación, sus años de experiencia, una buena cartera de productos y el apoyo que ofrece a los profesionales de la oncología lo que les transmite seguridad.

Con todo ello los expertos encuestados han reconocido el importante avance que GSK ha experimentado en el terreno de la oncología durante los últimos años y confían en su crecimiento sostenido en base a su actual línea de investigación y al futuro que auguran tanto de lapatinib como de otros fármacos en desarrollo.

Otro de los aspectos reflejados en este trabajo -y de suma importancia para la compañía- ha sido el que los especialistas aprecien la profesionalidad de los delegados que les visitan a los que atribuyen una excelente preparación. Consideran que GSK huye del estilo agresivo y procura establecer una relación de colaboración mutua sin presión comercial. Más concretamente, describen la relación con ellos como muy accesible, constante, fluida y bidireccional.

GlaxoSmithKline es una compañía líder en investigación farmacéutica y atención sanitaria, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas, haciendo posible que la gente tenga más vitalidad, se sienta mejor y viva más tiempo.

www.gsk.com, www.gsk.es

Gracias a la unión de TNS Healthcare, Consumer Health Sciences, MattsonJack y Ziment, KantarHealth se ha convertido en la mayor compañía de análisis, consultoría y outcomes research especializada en el área médico-farmacéutica a nivel mundial. Con más de 40 oficinas a lo largo de Europa, América, Asia-Pacífico y África, KantarHealth aúna la combinación de una fuerte implantación global y un amplio conocimiento local, ofreciendo a sus clientes soluciones líderes en el mercado para apoyar la toma de decisiones en cada una de las etapas del ciclo de vida de la marca.

www.kantarhealth.com

SYNFLORIX®

RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS Y LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA

¿Qué son los antibióticos?

Los antibióticos son fármacos que se utilizan para tratar infecciones producidas por bacterias. En 1929, el científico escocés Alexander Fleming descubrió la penicilina, el primer antibiótico, cuando observó que el moho *Penicillium* destruía la bacteria *Staphylococcus aureus*. Los científicos, posteriormente, identificaron la sustancia que mataba las bacterias y que se encontraba en el moho, aunque hubo que esperar hasta principios de la década de 1940 para que se reconociera el potencial de los antibióticos y se desarrollaran procesos de producción a gran escala.

Los antibióticos han salvado las vidas y aliviado el sufrimiento de millones de personas en todo el mundo. Al ayudar a controlar muchas infecciones graves, estos fármacos también han contribuido a aumentar significativamente la esperanza de vida¹.

¿Qué es la resistencia a los antibióticos?

En palabras sencillas, la resistencia a los antibióticos significa que las bacterias han desarrollado un método para evitar que un fármaco las mate o lesione. El principio subyacente a la aparición de resistencia a antibióticos es la “supervivencia de los más aptos”². La mayoría de las bacterias se multiplican rápidamente y debido a una mutación genética algunas bacterias se pueden hacer resistentes a los fármacos diseñados para matarlas. Siempre que una persona toma antibióticos, las bacterias sensibles mueren, pero pueden quedar gérmenes resistentes que crecen y se multiplican³.

Los *Centers for Disease Control* (CDC) de Estados Unidos han declarado que la resistencia a los antibióticos es actualmente uno de los problemas de salud pública más acuciantes del mundo³.

El aumento de la resistencia a los antibióticos

El número de bacterias resistentes a los antibióticos ha aumentado en la última década. Casi todas las infecciones bacterianas importantes en todo el mundo se están haciendo resistentes a los tratamientos antibióticos que se prescriben con más frecuencia³. Algunas bacterias son resistentes a hasta 10 fármacos diferentes⁴.

Causas de la resistencia a los antibióticos

Hay diversos motivos del aumento de la resistencia a los antibióticos:

- Una causa puede ser el uso excesivo y con frecuencia inadecuado de antibióticos en todo el mundo⁴. En los Estados Unidos más de la quinta parte de todas las prescripciones de antibióticos en niños y adultos se realiza por infecciones respiratorias de las vías altas o bronquitis, enfermedades que casi siempre son víricas⁵. Estudios de otros países muestran patrones de uso inadecuado similares.
- Los médicos refieren que son presionados por los pacientes o por sus padres para que prescriban antibióticos aun cuando no son necesarios.⁶

- La falta de conocimiento de los pacientes y su experiencia previa contribuyen a una mayor demanda de antibióticos. Muchos pacientes han recibido antibióticos por enfermedades respiratorias víricas y percibieron que estos tratamientos eran eficaces porque las infecciones se autolimitaron en general.⁵
- El cumplimiento terapéutico de los pacientes es otro problema importante. Los pacientes pueden olvidar tomar el tratamiento, pueden interrumpir el tratamiento cuando se sienten mejor o pueden no permitirse pagar un ciclo completo de tratamiento. Esto crea un entorno ideal para que las bacterias se adapten en lugar de morir¹

Un importante problema sanitario

Las consecuencias de la resistencia a los antibióticos pueden ser graves. Las infecciones producidas por bacterias resistentes no responden al tratamiento, lo que da lugar a una enfermedad prolongada, una enfermedad más grave y en algunos casos un mayor riesgo de muerte. Los fracasos del tratamiento también significan que hay períodos más prolongados durante los que una persona es contagiosa y puede propagar las cepas resistentes a otras personas.^{1,7} Cuando las infecciones se hacen resistentes a los antibióticos, el tratamiento se debe cambiar a fármacos alternativos, que pueden ser mucho más caros y a veces más tóxicos, produciéndose efectos adversos graves¹.

Los niños plantean una preocupación especial porque presentan las mayores tasas de uso de antibióticos. También presentan la mayor tasa de infecciones producidas por bacterias resistentes a antibióticos³.

Resistencia a los antibióticos y enfermedad neumocócica

La enfermedad neumocócica es la principal causa de enfermedad grave en niños y adultos en todo el mundo y se estima que cerca de un millón de niños menores de cinco años de edad mueren por esta causa en todo el mundo^{8,9}. Es el término que se utiliza para describir varias infecciones producidas por la bacteria *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*)¹⁰.

S. pneumoniae puede producir enfermedades graves y potencialmente mortales como meningitis (inflamación de las meninges que recubren el encéfalo), neumonía (inflamación pulmonar) y bacteriemia (presencia de bacterias en la sangre), además de enfermedades del aparato respiratorio menos graves pero mucho más frecuentes como otitis media (infección del oído medio), sinusitis (inflamación de los senos) y bronquitis (inflamación de las vías aéreas de los pulmones)¹¹.

Los antibióticos generalmente se utilizan para el tratamiento de las infecciones neumocócicas. Sin embargo, es preocupante que la bacteria *S. pneumoniae* se haya hecho rápidamente resistente a los antibióticos en los últimos años¹². La infección neumocócica más frecuente por la que se prescriben antibióticos es la otitis media (OM)¹³. Se estima que las tres cuartas partes de todos los niños habrán tenido al menos un episodio de OM antes de los tres años de edad¹⁴. La mayoría de los casos de OM desaparece de forma espontánea sin producir problemas crónicos¹³. Sin embargo, las infecciones repetidas a veces pueden llevar a la necesidad de cirugía o pueden producir deterioro auditivo y retraso en el desarrollo del habla y del lenguaje¹⁵.

En 2007, una encuesta multinacional (Europa, Asia, Latinoamérica y Oriente Próximo) dio como resultado que el 82% de los médicos de atención primaria (AP) utiliza antibióticos como tratamiento de primera línea de la OM¹⁶.

Las campañas para fomentar un abordaje más cauto del uso de antibióticos no parecen haber tenido ningún efecto significativo sobre las prescripciones por OM en comparación con las prescripciones por otras enfermedades producidas por infecciones bacterianas¹⁷.

Opciones terapéuticas más allá de los antibióticos

A medida que la enfermedad neumocócica se hace más difícil de tratar debido a la resistencia a los antibióticos, su prevención mediante vacunación se hace más importante¹⁸. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de todas las posibles medidas de salud pública, es probable que la vacunación sea la que tenga un efecto más significativo sobre el número de nuevos casos de enfermedad neumocócica¹⁹.

Bibliografía

- 1 Información de la OMS sobre resistencia a antimicrobianos. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/index.html>. Último acceso en febrero de 2009.
- 2 National Electronic Library of Infection. Disponible en <http://www.neli.org.uk/arfaqs.nsf/2f87bc309e63df2d80256c8c004c707d/8000ba14f965e780256caa004778b0>. Último acceso en febrero de 2009.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponible en: <http://www.cdc.gov/drugresistance/community/faqs.htm#2>. Último acceso en febrero de 2009.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Resistencia a Antibióticos. Disponible en: http://www.who.int/whr/1996/media_centre/press_release/en/index4.html. Último acceso en febrero de 2009.
- 5 Belongia E and Schwartz B. Strategies for promoting judicious use of antibiotics by doctors and patients. *BMJ* 1998;**317**:668-671
- 6 Dowell SF, Schwartz B, Phillips WR. Appropriate use of antibiotics for URIs in children: Part 1. Otitis media and acute sinusitis. The pediatric URI Consensus Team. *Am Fam Physician*, 1998; **58**:1113-8, 1123.
- 7 The Mayo Clinic. Antibiotics: Use them wisely. <http://www.mayoclinic.com/health/antibiotics/FL00075>. Último acceso en febrero de 2009.
- 8 The National Foundation of Infectious Diseases. Facts about pneumococcal disease. Disponible en: <http://www.nfid.org/factsheets/pneumofacts.html>. Último acceso en febrero de 2009.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Información de la OMS. Disponible en: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/index5.html. Último acceso en febrero de 2009.
- 10 Centre for Disease Control. Pneumococcal disease in children. Disponible en <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/pneumo/dis-faqs.htm>. Último acceso en febrero de 2009.
- 11 WHO Pneumococcal Conjugate Vaccine for childhood immunization position paper, marzo de 2007. Disponible en: http://www.who.int/immunization/wer8212pneumococcus_child_Mar07_position_paper.pdf. Último acceso en febrero de 2009.
- 12 Cartwright K. Pneumococcal disease in Western Europe: burden of disease, antibiotic resistance and management. *Eur J Pediatr* 2002; **161**: 188-195.
- 13 Cripps AW, Otczyka DC, Kydb JM. Bacterial otitis media: a vaccine preventable disease? *Vaccine* 2005;**23**:2304-2310
- 14 Klein JO. Otitis media. *Clin Infect Dis* 1994; **19**:823-32
- 15 Murphy TF, Bakaletz LO, Kyd JM *et al*. Vaccines for otitis media: proposals for overcoming obstacles to progress. *Vaccine* 2005; **23**:2696-2702.
- 16 Arguedas A, Lefebvre C, Vercruysse S *et al*. Pediatricians' awareness of and attitudes about otitis media; results of a multinational survey. *Pediatrics* 2008;**121**:S113-S114.
- 17 Datos internos extraídos de DOREMA.
- 18 National Health Service factsheet. Pneumococcal conjugate vaccine for children. Disponible en: http://www.immunisation.nhs.uk/publications/275878_Pneumofactsheet.pdf. Último acceso en febrero de 2009.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Inmunización, vacunas y productos biológicos. <http://www.who.int/vaccines/en/pneumococcus.shtml>. Último acceso en febrero de 2009.



Se crea la Red de Investigación en esta patología

LANZAMIENTO DE DULOXETINA (CYMBALTA®) COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA PARA EL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN PACIENTES DIABÉTICOS

- Se estima que entre el 10-20% de los pacientes con diabetes experimentan neuropatía diabética periférica
- El 88% de los enfermos con dolor neuropático manifiestan que afecta a su calidad de vida y hasta un 50% padecen depresión y/o ansiedad asociadas
- Duloxetina actúa a través dos neurotransmisores clave para procesar la percepción del dolor

Se estima que entre el **10-20% de los pacientes con diabetes experimentan neuropatía diabética periférica**. Para el tratamiento de este dolor, acaba de lanzarse en España **duloxetina (Cymbalta®) como tratamiento de primera línea**. Los resultados de los últimos estudios demuestran la eficacia y seguridad de este inhibidor dual de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, que con una única toma diaria ha demostrado una eficacia similar a los antidepresivos tricíclicos que se utilizaban hasta la fecha pero con un mejor perfil de seguridad.

Tanto la serotonina como la noradrenalina son neurotransmisores que desempeñan un papel vital en el procesamiento del dolor. En la neuropatía periférica diabética, el aumento de los niveles de serotonina y noradrenalina en la médula espinal trabaja para modular o reducir la sensación corporal del dolor por daños en los nervios causados por la diabetes.

Estos resultados se presentarán en el marco de la reunión nacional sobre Neuropatía Periférica Diabética: “De los mecanismos básicos al manejo clínico”, que tendrá lugar este fin de semana en Barcelona con la presencia de más de 40 neurólogos de toda España.

Ese mismo día por la tarde se celebrará la primera reunión “Encuentro con el Experto” liderada por el Dr. David Cornblath y coordinada por el Dr. Jordi Serra, en la cual los investigadores más importantes de España en el ámbito del dolor por neuropatía diabética periférica (DPNP, en sus siglas en inglés) se reunirán para intercambiar ideas en temas controvertidos o que han experimentado avances importantes en el DPNP. Esta reunión servirá para afincar los primeros pasos en la creación de la Red Española de Investigación en Neuropatía Diabética Periférica Dolorosa.

Qué es el dolor por neuropatía diabética periférica

La neuropatía diabética forma parte de la familia de trastornos del sistema nervioso causados por la diabetes. La neuropatía diabética periférica es la forma más común de neuropatía diabética.

La incidencia del dolor neuropático es del 10-20% de los pacientes con diabetes. Los síntomas de la neuropatía diabética periférica incluyen dolor (sensaciones de ardor, pinchazos, calambres), entumecimientos, alodinia mecánica y debilidad en las extremidades, y tiene un impacto negativo considerable en la calidad de vida de los pacientes. También puede conllevar úlceras en las extremidades y amputaciones.

En diferentes estudios, los pacientes con neuropatía diabética periférica han manifestado que su enfermedad interfiere en su actividad general, en su estado de ánimo, en la movilidad, en el trabajo, las relaciones sociales, el sueño, la capacidad de andar y, en resumen, de disfrute de la vida. Se ha visto que un incremento en los niveles de intensidad de dolor se corresponde con un incremento de ansiedad, depresión y problemas de sueño así como en un descenso de la capacidad física y mental.

Últimos estudios de duloxetina(Cymbalta®)

La aprobación de duloxetina como tratamiento de primera línea para la neuropatía diabética periférica dolorosa está basada en recientes estudios que demuestran que se trata de un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento del dolor neuropático diabético, reduciendo significativamente el dolor a lo largo del día y durante la noche y mejorando algunos aspectos relacionados con la calidad de vida de los pacientes portadores de DPNP.

Mecanismo de funcionamiento de duloxetina (Cymbalta®)

Tanto la serotonina como la noradrenalina son neurotransmisores que desempeñan un papel vital, tanto en los estados de ánimo, con en el dolor. En la neuropatía periférica diabética, el aumento de los niveles de serotonina y noradrenalina en la médula espinal trabajan para modular o reducir la sensación corporal del dolor por daños en los nervios causados por la diabetes.

Clorhidrato de duloxetina (Cymbalta®) ya estaba aprobado como un antidepresivo de primera línea con mecanismo de acción dual, ya que actúa sobre dos neurotransmisores: la serotonina y la noradrenalina, asociados a los síntomas emocionales y físicos dolorosos de la depresión. El uso de Duloxetina también está autorizado para el tratamiento de la ansiedad generalizada.

Sobre Lilly

Lilly, una compañía líder en innovación, está desarrollando una creciente cartera de productos farmacéuticos primeros y mejores en su clase mediante la aplicación las últimas novedades científicas en sus laboratorios de todo el mundo y de su colaboración con diferentes organizaciones científicas de reconocido prestigio.

Con su central en Indianápolis, Indiana (Estados Unidos), Lilly proporciona respuestas –a través de medicamentos e información– a algunas de las necesidades médicas más urgentes del mundo actual.

SE HA CELEBRADO EN MERIDA UN SEMINARIO INTERACTIVO SOBRE FARMACOECONOMIA, DONDE SE HAN DADO CITA DIFERENTES PROFESIONALES SANITARIOS

- Este seminario ha pretendido hacer énfasis a los gestores sanitarios sobre la relevancia que la Farmacoeconomía tiene en su trabajo diario, y sobre todo, la importancia que tendrá en su forma de trabajar en el futuro.



Con la presencia de diferentes Profesionales Sanitarios, se celebró en Mérida el Seminario Interactivo sobre Farmacoeconomía, organizado por FundeSalud, con la colaboración del Servicio Extremeño de Salud y patrocinado por los laboratorios CHIESI.

La inauguración del Seminario corrió a cargo de D. José Luis Sánchez Chorro, Subdirector de Farmacia del SES, Doña Carmen Basolas, Directora de Relaciones Institucionales de Laboratorios Chiesi y D. Álvaro Hidalgo, Director del Seminario y Profesor en la Universidad Castilla La Mancha.

Para el Director Científico del Seminario:

La investigación en farmacoeconomía identifica, mide y compara los costes y resultados de las tecnologías sanitarias, especialmente de los productos y servicios farmacéuticos. Los estudios de evaluación económica permiten conocer cuál es la eficiencia de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles en el mercado para tratar las distintas enfermedades y determinar qué opciones terapéuticas deberían emplearse de manera habitual por ser más eficientes.

Dentro de la asistencia sanitaria, es cada vez más importante la comprensión y utilización de los métodos de evaluación económica en la selección de los medicamentos que van a ser financiados por los servicios de salud o van a formar parte de los formularios de los hospitales y guías farmacoterapéuticas en la Atención Primaria.

La evaluación económica de los medicamentos se engloba dentro de una disciplina más amplia: la evaluación económica de tecnologías sanitarias. El fin último de este tipo de evaluaciones es la selección de aquellas opciones que tengan un impacto sanitario más positivo.

Esto significa que el resultado de una intervención económica debe ser un instrumento clave en la toma de decisiones, pero la progresiva limitación de los recursos y la necesidad de establecer prioridades en el gasto sanitario han hecho que las evaluaciones económicas hayan alcanzado mayor difusión durante los diez últimos años y que en estos momentos sean varios los países que, junto a las evaluaciones clínicas convencionales, recomienden o exijan evaluaciones económicas de medicamentos que sirvan para la posterior toma de decisiones sobre su posible financiación pública y la difusión de su utilización.

Además, la creciente demanda de asistencia sanitaria junto con la escasez de recursos disponibles, ha incrementado la utilización de análisis económico como herramienta en la creación de políticas sanitarias.

Los análisis económicos proporcionan a los profesionales de la asistencia sanitaria, políticos y consumidores, información de gran utilidad para la toma de decisiones, en términos de eficiencia, de una correcta asignación y distribución de recursos de servicios sanitarios.

En la actualidad, los recursos que pueden ser destinados al gasto farmacéutico son limitados, por lo que es necesario racionalizar su consumo y priorizar en la asignación de estos recursos a las opciones que presenten mayores ventajas económicas. La farmacoeconomía constituye un elemento esencial para el desarrollo de las políticas de medicamentos, ya que nos van a permitir conocer cuál es la eficiencia de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles en el mercado para tratar las distintas enfermedades, y, por lo tanto, nos ayudarán a determinar qué opciones terapéuticas deberían emplearse de manera habitual.

La información que nos van a suministrar los estudios de farmacoeconomía va a ser importante a la hora de negociar precios y financiación pública de los nuevos medicamentos, así como a la hora de lograr que tanto en Atención Primaria como en Asistencia Hospitalaria, se utilicen rutinariamente los medicamentos con una mejor relación coste/efectividad.

Las posibles aplicaciones prácticas de los estudios farmacoeconómicos en Atención Primaria incluirían: elaboración de guías farmacoterapéuticas, diseño de protocolos clínicos, demostración de la eficiencia de las diferentes opciones terapéuticas en la práctica médica habitual, elaboración de una lista de medicamentos para ser utilizados en el área sanitaria, ayuda a la toma de decisiones por parte de las comisiones farmacoterapéuticas del área sanitaria, colaboración en la elaboración de boletines divulgativos, ayuda a la hora de confeccionar guías farmacoterapéuticas de forma objetiva y racional, posibilitar un cambio de visión y mentalidad en los profesionales sanitarios como prescriptores:

Todos estos aspectos son revisados y abordados en el curso, ya que se plantean los aspectos teóricos de la farmacoeconomía, pero combinándolo con un enfoque práctico y aplicado a la realidad de los clínicos y FAP en su día a día, lo que permite la aplicación de los conceptos en su práctica clínica habitual.

UN LIBRO REÚNE LA EXPERIENCIA Y LOS CONSEJOS DE 33 GESTORES DE HOSPITALES EN LA DIRECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO

- **“Con los 5 dedos de la mano” reúne en sus 136 páginas la experiencia de 33 directores de centros sanitarios que ofrecen sus métodos y consejos para introducir de forma acertada cambios en su organización y gestión.**

El libro “Los 5 dedos de la mano” reúne en un solo volumen la experiencia de gestión y las propuestas de mejora de 33 directores de centros sanitarios de 18 ciudades de todo el sistema nacional de salud. Esto cualifica a esta obra, editada por AMGEN, como un acertado compendio de teoría y práctica real en la dirección de hospitales, con las luces y sombras, éxitos y retos de esta difícil tarea.

En este volumen se diseñan los pasos para mejorar la gestión hospitalaria y se ofrecen las pistas para asegurar el éxito. Además, su contenido es aplicable a otras organizaciones amplias y complejas que comporten equipos de trabajo coordinados.

Un texto ágil y propositivo

El título “Los 5 dedos de la mano” hace referencia a los cinco momentos del cambio: el “aterrizaje” tras la toma de posesión del cargo; el momento de preparación; el inicio de las acciones renovadoras; la incorporación de todos los agentes; y, por último, conseguir que esa nueva forma de actuación se asuma como buena rutina.

La metáfora del título es conclusiva: los cinco dedos de la mano son esenciales para la funcionalidad total del miembro: ninguna de las cinco etapas ha de faltar para implantar con éxito la nueva fórmula de gestión.

La obra, escrita de un modo ágil y propositivo, consta de un prólogo, dos capítulos y un epílogo. El primer capítulo se titula “El cambio” y en él se describen las etapas del proceso, desde su inicio hasta su consolidación.

En el segundo capítulo se describen las herramientas que se usarán para introducir cambios: la visión global, el mapa y diagnóstico de procesos, la priorización de necesidades, la gestión de problemas, el uso del modelo europeo de excelencia en gestión (EFQM), la formulación de objetivos o la correcta implantación de órganos colegiados de gestión, entre otros.

Por último, se ofrece una práctica lista de verificación para que el gestor conozca en todo momento la situación del proceso de cambio y pueda prever dificultades y salvar problemas.

Una obra coral

Este estudio es una obra coral nacida del ímpetu del doctor Ignacio Martínez González, actualmente gerente del Hospital Nuestra Señora de América de Madrid. Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, Master en Dirección de Empresas (IESE), licenciado en Ciencias Económicas (UNED) y diplomado en Gestión Hospitalaria (Esade).

Su larga experiencia se ha forjado en grandes centros como los hospitales Gregorio Marañón y La Paz de Madrid, el Instituto Dexeus de Barcelona, el Hospital de Covadonga y el Hospital Central en Asturias, el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

En el ámbito financiero y de gestión, ha sido director de División de Codhe y consultor del Banco Mundial. El hospital que dirige actualmente ha conseguido el premio Top 20 al mejor hospital privado en las cuatro últimas ediciones.

Los 33 directivos que han sumado sus esfuerzos para finalizar esta obra proceden de los principales centros médicos públicos y privados del país. Son referentes en la gestión de grandes hospitales como el Ramón y Cajal, el Puerta de Hierro, el 12 de Octubre, La Paz o el Gregorio Marañón en Madrid; el Vall d'Hebrón, el Clínic o el Hospital del Mar en Barcelona; el Miguel Servet de Zaragoza; o La Fe de Valencia, entre otros.

Programa Sócrates de AMGEN

Este libro es el colofón del Programa Sócrates de Actualización Directiva de la Gestión Hospitalaria impulsado por AMGEN, cuyo objetivo ha sido potenciar las habilidades de los directivos con el fin de favorecer una gestión más eficaz de sus centros y la optimización de recursos.

El Programa Sócrates y la publicación de este libro demuestran el interés de AMGEN por poner al alcance de los gestores de hospitales las últimas tendencias en gestión de equipos humanos y las herramientas de trabajo más eficaces.

AMGEN es una compañía biotecnológica cuyas principales líneas de investigación se centran en la oncología, hematología, nefrología, inflamación, metabolismo, enfermedades óseas y neurociencia. A su cuidada labor de investigación médica se une el esfuerzo por participar en la mejora de la calidad de los centros sanitarios y en la formación permanente de los equipos que los dirigen.

Para saber más sobre Amgen, puede acceder a su página corporativa en www.amgen.es.

Nuevos datos presentados en el Congreso Mundial de Salud del Hombre

RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO CONFIRMAN LA TOLERABILIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA DE ACCIÓN PROLONGADA

Bayer Schering Pharma ha presentado datos preliminares que confirman la tolerabilidad y el buen perfil de seguridad del undecanoato de testosterona de acción prolongada (Reandron®) en un gran estudio internacional, multicéntrico, post-autorización, llamado IPASS. Los datos han sido presentados en el Congreso Mundial de Salud del Varón, celebrado recientemente en Viena. El objetivo de este estudio observacional es recopilar datos más detallados sobre la terapia de reemplazo con testosterona de acción prolongada en la vida real de los hombres con hipogonadismo.

“Estamos muy animados por los convincentes resultados. Estos confirman que la terapia con testosterona puede revertir o detener el declive general de la salud del varón con hipogonadismo, que a menudo se asocia con el envejecimiento”, ha comentado el Profesor Michael Zitzmann, principal investigador del IPASS. A lo que añadió “éste es el primer ensayo realizado hasta la fecha con undecanoato de testosterona de acción prolongada que incluye un gran número de pacientes de Asia y Latinoamérica y aumentará, por tanto, significativamente nuestros conocimientos sobre el tratamiento con Reandron® en distintos grupos en relación con el origen étnico, las co-morbididades y la edad”.

El estudio IPASS pretende incluir hasta 1500 hombres con hipogonadismo, de más de 25 países, de los cinco continentes. El análisis intermedio incluye 763 hombres con al menos una dosis de Reandron. Los datos de los pacientes fueron adquiridos por medio de entrevistas durante un período de seguimiento de hasta 12 meses. Se observaron mejoras en los resultados del tratamiento en relación con los síntomas asociados con el hipogonadismo, incluyendo el deseo sexual y la libido, vigor y vitalidad, sentido del humor, capacidad de concentración, función eréctil, trastornos del sueño y sofocos. Los datos también confirman los efectos positivos sobre el síndrome metabólico, así como sobre la reducción del perímetro abdominal.

No se han registrado eventos adversos graves relacionados con el tratamiento. Los resultados preliminares del estudio IPASS confirman que la terapia de reemplazo con testosterona de acción prolongada es bien tolerada. Estos resultados también han demostrado que Reandron® tiene un buen perfil de seguridad en los pacientes, independientemente de su origen étnico.

El Síndrome del Déficit de Testosterona es considerado por muchos expertos como una de las posibles causas que influye negativamente en la calidad de vida del hombre adulto, así como en la morbilidad. Existe una asociación directa entre la deficiencia de testosterona y la disfunción eréctil, así como entre la deficiencia de testosterona y las comorbididades.

El estudio IPASS también ha demostrado una gran aceptación de la terapia sustitutiva con undecanoato de testosterona inyectable. El 88% de los hombres declararon estar satisfechos o muy satisfechos con la terapia. La mayoría de los hombres con hipogonadismo tratados con Reandron® en el estudio informaron de mejoras reales en sus síntomas, especialmente en la función eréctil y la libido, vitalidad y concentración. Se espera que el estudio IPASS concluya en 2010.

Hipogonadismo y declive en la salud general del hombre

El hipogonadismo o síndrome de déficit de testosterona afecta a alrededor del 5.6% de los hombres entre los 30 y los 79 años, y aumenta considerablemente con la edad, pudiendo llegar a afectar al 18.4% de los hombres entre 70 y 79 años. Los síntomas incluyen una disminución de la libido, disfunción eréctil, incremento de la grasa corporal, pérdida de la vitalidad, la energía y el rendimiento en el trabajo, pérdida de la concentración, pérdida del cabello y vello corporal, disminución de la densidad ósea, etc. Sin embargo, los síntomas son a menudo ignorados o atribuidos a otras causas, especialmente al envejecimiento. Se pueden presentar otros problemas médicos serios junto con el hipogonadismo, como la enfermedad cardiovascular, dislipidemia y diabetes. Todos son factores de riesgo que también aumentan con la edad. El déficit de testosterona puede ser clave en muchos procesos metabólicos. Si no se tratan pueden contribuir al declive general de la salud del hombre.

Acerca del hipogonadismo y el síndrome metabólico

Los estudios sugieren que el hipogonadismo con frecuencia está infradiagnosticado e infratratado porque sus síntomas pueden ser fácilmente atribuibles al envejecimiento y a otras causas médicas. Los efectos del hipogonadismo pueden tener un impacto muy serio en la calidad de vida y hacer que los hombres presenten disminución tanto del deseo sexual como de la calidad y frecuencia de las erecciones, cambios en el humor, y disminución de la función cognitiva, disminución de la masa corporal magra, y volumen muscular/fuerza, aumento de la grasa visceral, y disminución de la densidad ósea y mineral.

Es probable que los niveles bajos de testosterona sean un componente fundamental del síndrome metabólico, una condición que implica un conjunto de factores interrelacionados, entre ellos la disfunción eréctil, el colesterol alto, la presión arterial alta, diabetes y obesidad. Alrededor del 20-25% de la población adulta mundial presenta síndrome metabólico y estos individuos son tres veces más propensos a sufrir un infarto o un ictus y dos veces más propensos a morir por alguna de estos problemas, que las personas que no los padecen. Un informe ha identificado una clara relación entre los niveles bajos de testosterona en hombres y el síndrome metabólico. Los investigadores descubrieron que los hombres con síndrome metabólico fueron de 2.8 a 3.2 veces más propensos a padecer hipogonadismo.

Acerca de Reandron®

Reandron® es el primer tratamiento inyectable con testosterona de acción prolongada en el hipogonadismo masculino. El hipogonadismo es una condición en la que los hombres presentan niveles bajos de testosterona (niveles séricos totales de testosterona por debajo de 11 nmol/L), y síntomas típicos de síndrome del déficit de testosterona. Reandron® restablece los niveles fisiológicos de testosterona. Reandron® se inyecta cada 10-14 semanas en terapia a largo plazo, evitando alteraciones significativas en los niveles de testosterona en el torrente sanguíneo. Este tratamiento de reemplazo de testosterona está indicado en el hipogonadismo del hombre adulto, relacionado con la disfunción eréctil y otros problemas de salud.

Acerca de Bayer HealthCare

Bayer HealthCare es una filial de Bayer AG con sede central en Leverkusen que, con sus medicamentos y productos para el sector médico, se encuentra entre las principales empresas innovadoras del sector de la salud. La empresa agrupa las divisiones de Sanidad Animal, Consumer Care, Diabetes Care y Pharma. El objetivo de Bayer HealthCare es la investigación, desarrollo, producción y comercialización de productos innovadores con el objetivo de mejorar la salud de los seres humanos y la salud en animales de todo el mundo. Bayer HealthCare se adhiere al código español de buenas prácticas de Farmaindustria.



La figura del día

JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS, SECRETARIO G. DE SANIDAD



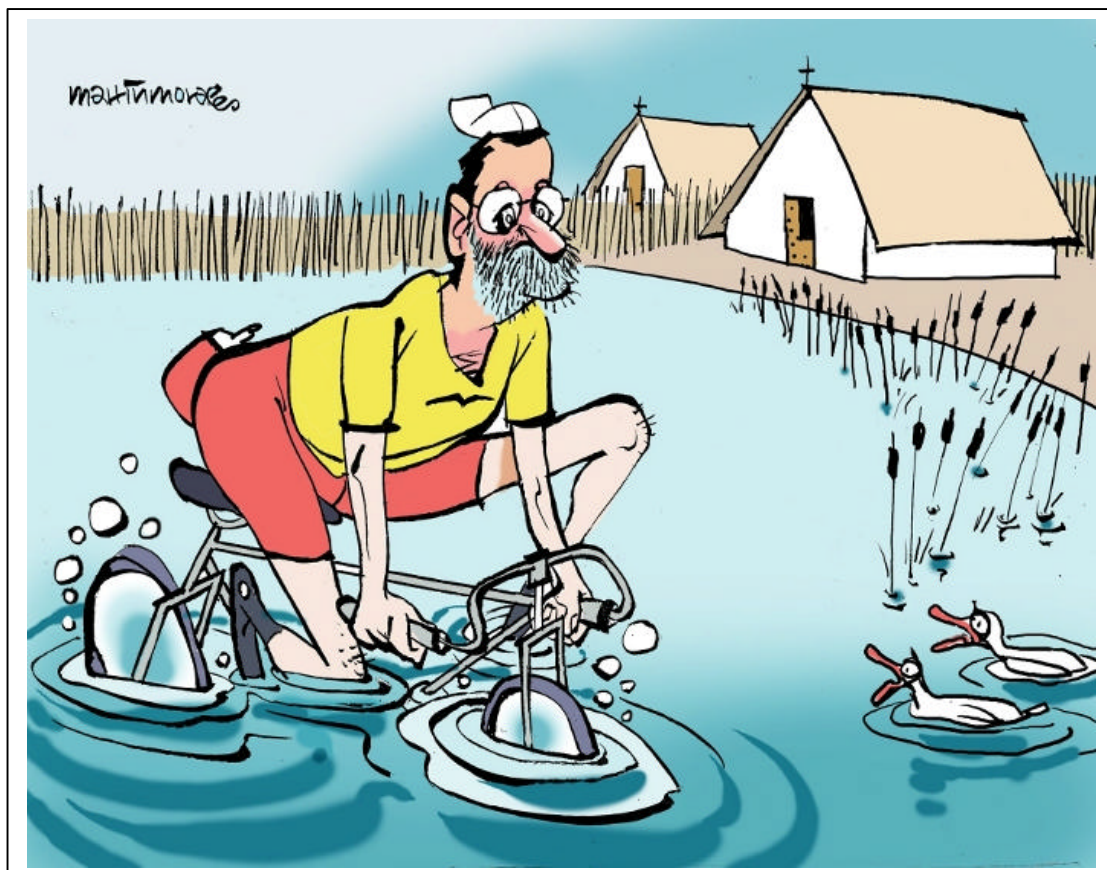
PEPE M. OLMOS, EL GRAN REFERENTE SANITARIO DEL MINISTERIO

- LA INTERVENCIÓN DE PEPE M. OLMOS AYER EN LA FUNDACIÓN BAMBERG, CASI LA PRIMERA EN SOLITARIO DESDE QUE LA NUEVA MINISTRA LLEGÓ A SU CARGO, REFLEJA VARIAS COSAS Y TODAS ELLAS POSITIVAS. LA PRIMERA, QUE OLMOS SIGUE MEJORANDO EN SU ACTITUD Y PROYECCIÓN. LO HIZO YA MUCHO CON BERNAT SORIA; Y AHORA, CON TRINIDAD JIMÉNEZ, SE HA CONVERTIDO EN EL REFERENTE INDISCUTIBLE PARA LA SANIDAD DENTRO DEL MINISTERIO... Y TAMBIÉN, CADA VEZ MÁS, EN EL OLMOS QUE SE DIO A CONOCER ENTRE EL 2000 Y 2004, CUANDO SU DESPACHO ESTUVO ABIERTO A TODOS EN EL SECTOR Y QUE ERA UN LUGAR POR EL QUE MERECÍA LA PENAS PASAR PARA CONOCERLE.
- AYER, EN LA F. BAMBERG, OLMOS NO TUVO UNA SOLA PALABRA EN CLAVE DE CONFRONTACIÓN POLÍTICA. MUY AL ESTILO CERCANO, AMABLE Y NO AGRESIVO DE TRINIDAD JIMÉNEZ, CON QUIEN ESTÁ FORMANDO UN TÁNDEM FENOMENAL CAPAZ DE RESISTIR EMBATES COMO LOS DE M^a JESÚS MONTERO, OLMOS DIO UN GRAN MENSAJE DE SECTOR, AGRADECIENDO LA APORTACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS, DE GRUPOS COMO EL HOSPITAL DE MADRID O MUY EXPRESAMENTE DE FARMAINDUSTRIA, A QUIEN LE RECONOCIÓ SU ACUERDO POR EL EMPLEO Y LA I+D, EN EL QUE POR OTRA PARTE, ÉL FUE GRAN MUÑIDOR.
- OLMOS YA NO SÓLO ES EL MÉDICO LÍDER DEL MINISTERIO, SINO ADEMÁS UN ALTO CARGO QUE HA APRENDIDO A ENTENDER EL SECTOR Y UN HOMBRE DE GARANTÍAS. EN LA VIDA, VALE TANTO SER FIALE COMO BRILLANTE. Y OLMOS, QUE ES AMBAS COSAS, MERECE SER HOY SIN DUDA NUESTRA “FIGURA DEL DÍA”.

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



DIARIO EL MUNDO



DIARIO ABC

CONFERENCIA DEL SECRETARIO G. DE SANIDAD, JOSÉ M. OLMOS, EN LA FUNDACIÓN BAMBERG (1)



1).- De izquierda a derecha.- Javier Martín (Pfizer), Luis Valenciano (Fundación Salud 2000), Ignacio Para (Presidente Fundación Bamberg), José Martínez Olmos (Secretario G. de Sanidad), Miguel Isla (Director General de Pfizer España), Salvador Arribas (Fundación Bamberg) y Francisco J. García Pascual (Director de Relaciones Institucionales y Comunicación de Pfizer).

2).- José Martínez Olmos llega al hotel Miguel Ángel de Madrid, en el que se celebró el acto, acompañado de su excelente asesor, Daniel Gil.

3).- El Director General del Grupo Hospital de Madrid, Juan Abarca Cidón, en animada charla con Martínez Olmos, quien tuvo merecidas palabras de reconocimiento para la labor del Grupo HM.

CONFERENCIA DEL SECRETARIO G. DE SANIDAD, JOSÉ M. OLMOS, EN LA FUNDACIÓN BAMBERG (2)



1) y 2).- A la izquierda, Abraham Herrera (Bayer), con Manuel Liébana y Raúl Muñoz (Abbott) e Ignacio Para (F. Bamberg). A la derecha, Laura González Molero (Merck Serono España), que acudió acompañada de su inseparable Ana Céspedes, con Paco Parras (Roche).

3) y 4).- Abraham Herrera, un gran profesional, con Justo Moreno (Nycomed) y Elisa Hoyuela (Zambon). A la derecha, Juan López Belmonte, con Eduardo Rodríguez Rovira (Indas).

5), 6) y 7).- De izquierda a derecha, Ana María Sanz (Pfizer), Marta Moreno (Janssen Cilag) y una simpática imagen de F. García Pascual (Pfizer), con Ignacio Para y José Martínez Olmos.

**CONFERENCIA DEL SECRETARIO G. DE SANIDAD,
JOSÉ M. OLMOS, EN LA FUNDACIÓN BAMBERG (3)**



1 y 2).- A la izquierda, Juan López Belmonte con Concha Martínez Cano, Directora de Relaciones Institucionales de Nycomed. A la derecha, Javier Rojo y la guapa Victoria Ayala (Oximesa).

3) y 4).- A la izquierda, Raúl Muñoz con Abraham Herrera (Bayer), que hoy organiza un gran Foro en Sevilla. A la derecha, Ignacio Para y José Martínez Olmos, en animada charla.

5), y 6).- Paloma Beltrán (Boston Scientific) interviene sentada junto a Teresa Millán (Lilly) y con Ana Luzuriaga (Pfizer) sentada detrás. A la derecha, el ex Consejero andaluz Pablo Recio.

EL CONSEJERO VASCO, RAFAEL BENGEOA, EN “LOS DESAYUNOS DE PRICE WATERHOUSE COOPERS” (1)



1) y 2).- A la izquierda, Marcelo Weisz (Crio Cord), con Javier Murillo y José Luis Pardo (Adeslas). A la derecha, Rafael Bengoa, durante su discurso inicial ante un auditorio abarrotado.

3) y 4).- Esperanza Guisado (Grifols), que en los próximos días viaja a EE.UU, con Fernando Magro (Esteve). A la derecha, Antonio Barba y M^a José González de Castro, con César Pascual.

5).- A la izquierda, el ex Ministro Jordi Sevilla, que fue un gran Ministro de Administraciones Públicas y hoy es el “flamante fichaje” de PWC, con Fernando Magro (Esteve) y Manuel Martín Espada, Socio responsable de Consultoría de Negocio de PWC y un gran profesional.

6).- José Artells (Fundación Novartis) y Boi Ruiz, que vinieron desde Barcelona.

EL CONSEJERO VASCO, RAFAEL BENGOA, EN “LOS DESAYUNOS DE PRICE WATERHOUSE COOPERS” (2)



1) y 2).- A la izquierda, Ignacio Riesgo (PWC), poco antes de comenzar el acto. A la derecha, Enrique Palau (Atos), Ignacio Para (F. Bamberg), F. Irujo (Pfizer) y Andrés González Navarro.

3) y 4).- A la izquierda, el nuevo Presidente de Fefe, Fernando Redondo, con Isabel Vallejo. A la derecha, José Andrés Gorricho (I. Médico Quirúrgico de Vizcaya), con J. Grau e Ignacio Ayerdi.

5) y 6).- A la izquierda, Manuel G. Abad (Medical Economics), bien rodeado de colaboradores como Honorio Bando. A la derecha, Pilar Muro (Quirón), con Juan José Mancebo, de Alliance.

EL CONSEJERO VASCO, RAFAEL BENGEOA, EN “LOS DESAYUNOS DE PRICE WATERHOUSE COOPERS” (3)



1).- Fenomenal representación de Sanitas. En la imagen, Philippe Paul, Javier Ibáñez y Javier Portell posan con María Lizárraga (PWC) y con el Consejero Bengoa, muy sonriente.

2) y 3).- A la izquierda, Ignacio Riesgo y María Lizárraga (PWC) con Pilar Polo, de la entidad pública Red.es. A la derecha, A. Mingarro (SANIFAX) con Mariano Guerrero (Ribera Salud).

4), 5) y 6).- A la izquierda, Elisa Borrego (MSD) con Ignacio Martínez (Nuestra Señora de América.- Adeslas).- En el centro, Pablo del Pino y José Miguel Fernández Ramil (Celgene). Y a la derecha, Alberto Infante (Ministerio) charla con el veterano José Ramón Repullo (Escuela N. de Sanidad).

EL CONSEJERO VASCO, RAFAEL BENGEOA, EN “LOS DESAYUNOS DE PRICE WATERHOUSE COOPERS” (4)



1) y 2).- A la izquierda, Riesgo y el Consejero Rafael Bengoa, durante el debate - coloquio. A la derecha, Isabel Vallejo, que seguirá activamente en Fefe, con Esperanza Guisado (Grifols).

3), 4) y 5).- A la izquierda, José Ramón Repullo. En el centro, Francisco Armesto, de Oracle, que también patrocinaba el acto. Y a la derecha, animada conversación en el receso entre Bengoa, Juan José Artells (Fundación SIS.- Novartis) y Boi Ruiz (Unión Catalana de Hospitales).

6), 7) y 8).- A la izquierda, Fredy Irujo, un gran valor de Pfizer, con Andrés González Navarro. En el centro, Juan José Francisco Polledo (Wyeth), con Sergio Montero (Sanofi Pasteur MSD). Y a la derecha, animada charla de M. Weisz (Crio Cord) con Enrique Catalán (H. Xanit de Benalmádena).

EL CONSEJERO VASCO, RAFAEL BENGOA, EN “LOS DESAYUNOS DE PRICE WATERHOUSE COOPERS” (5)



1) y 2).- A la izquierda, Marcelo Weisz (Crio Cord), José Andrés Gorricho (IMQ Vizcaya) y José Luis Pardo (Adeslas). A la derecha, el Consejero Rafael Bengoa, con A. Mingarro (SANIFAX).

3) y 4).- A la izquierda, Ignacio Riesgo, con Francisco Armesto (Oracle) y Fernando Astorqui, ex gerente de la F. Jiménez Díaz. A la derecha, Riesgo con Regina Múzquiz (Sanofi Aventis).

5) y 6).- A la izquierda, Marta Vila, otro gran valor de PWC, con Concha Martínez Cano y Justo Moreno, de Nycomed. A la derecha, F. Garcés (Fundación Genoma), con M. Barbero (Celesio).

EL CONSEJERO VASCO, RAFAEL BENGOA, EN “LOS DESAYUNOS DE PRICE WATERHOUSE COOPERS” (6)



1) y 2).- A la izquierda, Salvador Arribas (F. Bamberg), con Antonio Barba y María José González de Castro. A la derecha, dos de los muchísimos asistentes que se acercaron a la conferencia.

3) y 4).- A la izquierda, Pablo del Pino y José Miguel Fernández Ramil (Celgene). A la derecha, Javier García Valero (Johnson & Johnson) con José María (Gasmedi) y Carlos Peregrín.

5) y 6).- A la izquierda, el “bi-gerente” César Pascual con Juan José Equiza (Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares). A la derecha, Ángel Luis Cuerda (Aeseg), con otros asistentes.

EL CONSEJERO VASCO, RAFAEL BENGOA, EN “LOS DESAYUNOS DE PRICE WATERHOUSE COOPERS” (7)



1) y 2).- A la izquierda, la guapa Laura Santolaya, que concentró muchas miradas, le prepara su ponencia al Consejero vasco. A la derecha, la joven Mar Hernández (PWC), con otro asistente.

3) y 4).- Ramón Berra (USP Hospitales), con el ex Tesorero del COM de Madrid, Mario Martínez. A la derecha, Francisco Armesto (Oracle), con Manuel Martín Espada (P. Waterhouse Coopers).

→ **Resto.-** Antonio Barba (G. Marañón), con Miguel Moreno (Maquet) y el Gerente del H. de El Escorial, Francisco Elviro. Además, la sonriente Nuria Lera, F. Armesto y Paco Parras (Roche).



El Avispero

DIA INTENSO EN MADRID, CON 2 CONFERENCIAS MUY IMPORTANTES: LA DEL CONSEJERO VASCO RAFA BENGEOA, EN EL FORO DE PWC; Y LA DE PEPE M. OLMOS, EN LA FUNDACION BAMBERG. POR SUERTE, NO COINCIDIERON EN LA HORA, CON LO QUE MUCHOS PUDIERON "HACER DOBLETE". BENGEOA DEMOSTRO EN MADRID QUE ES UN VIEJO CONOCEDOR DEL SISTEMA Y UN HOMBRE DE LA SANIDAD INTERNACIONAL. EN TORNO A ÉL MUCHOS EMPRESARIOS Y PERSONALIDADES DE MADRID Y EUSKADI, CASO DE JOSE ANDRES GORRICO, QUE ESTA RECIBIENDO NUMEROSAS FELICITACIONES POR LOS ACTOS DEL 75º ANIVERSARIO DE IMQ DE VIZCAYA. HOY HACEMOS UN DESPLIEGUE AMPLIO DEL ACTO, PERFECTAMENTE ORGANIZADO POR IGNACIO RIESGO Y TODA LA PLANA MAYOR DE PWC, CON LA PRESENCIA DEL EX MINISTRO JORDI SEVILLA.

UNA HORA DESPUES, PEPE OLMOS EN LA FUNDACIÓN BAMBERG DIO UNA LECCION DE MADUREZ Y DE VALORACION INTEGRAL DEL SISTEMA SANITARIO, CON GUIÑOS A LA SANIDAD PRIVADA, APROVECHANDO LA PRESENCIA DE UNO DE LOS JOVENES LIDERES DE ESTE SECTOR, COMO ES JUAN ABARCA CIDON. LEAN EL COLOQUIO POSTERIOR A SU INTERVENCION, QUE FUE MUY BUENO Y ES DE UN ENORME INTERÉS.

EL SABADO ES LA TOMA DE POSESION DE JUAN JOSE SANCHEZ LUQUE COMO PRESIDENTE DEL COLEGIO MEDICO DE MALAGA. LA CONSEJERA, ENFURECIDA CON LOS COLEGIOS ANDALUCES PORQUE LA OMC HA PRESENTADO UN RECURSO CONTRA EL PACTO CON LA ENFERMERIA, NO ACUDIRA. LO QUE ES UNA PENA. PERO LA ENTENDEMOS. LA MINISTRA TAMPOCO VA A ACUDIR, LO QUE ES UN ERROR, PUES ES MALAGUEÑA, DE FAMILIA MALAGUEÑA Y ESTUDIO DERECHO EN MALAGA. UN FEO GESTO DE TRINIDAD JIMENEZ CON SU CIUDAD QUE NADIE ESPERABA. Y TAMPOCO ACUDIRA SENDIN, QUE ESTA DE VIAJE EN LA INDIA. LE SUSTITUIRA RICARDO GUTIERREZ MARTIN. SI ESTARA EL ALCALDE DE MALAGA, F. DE LA TORRE PRADOS, Y LA DELEGADA DE SALUD, MARIA ANTIGUA ESCALERA, UNA GRAN DELEGADA Y UNA GRAN MUJER.

ÚLTIMA HORA: ROBERTO SABRIDO, EN EL MÁSTER DEL COLEGIO VETERINARIO

ANOCHES EL COLEGIO VETERINARIO DE MADRID PRESENTO LA SEXTA EDICION DE SU MÁSTER, EL MAS PRESTIGIOSO EN EL MUNDO DE LA SALUD VETERINARIA. EL ACTO ESTUVO PRESIDIDO POR ROBERTO SABRIDO, PRESIDENTE DE LA AGENCIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA, QUE HIZO UNA BRILLANTE Y CHISPEANTE INTERVENCION, QUE RECOGEREMOS MAÑANA. JUNTO A ÉL, EL PTE DEL COLEGIO, BADIOLA, ESTUVO FENOMENAL Y DIVERTIDO. POR LA CONSEJERIA ESTUVO BELEN PRADO, SIEMPRE EN CONTACTO CON TODA LA SANIDAD EN TODOS LOS ACTOS. UN MÁSTER SUMAMENTE INTERESANTE DEL QUE DAREMOS AMPLIA CUENTA EN NUESTRO SANIFAX DE MAÑANA.

HOY, FUNERAL EN MADRID POR JOSE SERRANO CARVAJAL



D. E. P.

HOY JUEVES, A LAS 8 DE LA TARDE, EN LA IGLESIA DE SAN FRANCISCO EL GRANDE DE MADRID, ES EL FUNERAL POR EL ALMA DEL PROFESOR JOSE SERRANO CARVAJAL, PROFESOR DE DERECHO DEL TRABAJO Y EN SU DIA ASESOR DE LA OMC EN TIEMPOS DE RAMIRO RIVERA. SERRANO CARVAJAL ERA ADEMAS UN GRAN AFICIONADO TAURINO Y PROFUNDO ENTENDIDO. Y TENIA NUMEROSOS AMIGOS EN EL MUNDO SANITARIO (ASISA, CLINICA PUERTA DE HIERRO, HOSPITAL CLINICO, FACULTAD DE MEDICINA, DONDE TRABAJA SU HIJA ROCIO) POR LO QUE AL FUNERAL DE ESTA TARDE SEGURO QUE ACUDIRAN NUMEROSAS PERSONALIDADES DEL MUNDO SANITARIO.