



“Hay que tener cuidado al elegir los enemigos porque uno termina pareciéndose a ellos”. (Jorge Luis Borges)

MARTES 13-10-2009



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



EXCLUSIVA: LOS CINCO REALES DECRETOS DE VITAL IMPORTANCIA QUE SE APROBARÁN EN EL PRÓXIMO CI

- SON EL DECRETO QUE REGULARÁ EL FUNCIONAMIENTO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, LA ADAPTACIÓN SANITARIA DE LA “LEY ÓMNIBUS”, EL DEL FONDO DE COHESIÓN, EL DEL USO TUTELADO DE PRESTACIONES EN EL FONDO DE COHESIÓN Y EL QUE REGULA LA COMISIÓN DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.
- LA COMISIÓN DELEGADA LOS VALIDARÁ ESTE JUEVES Y EL CI EL DÍA 22. VA A SER EL PRIMER CI CON “TRINI” DE MINISTRA QUE NO SERÁ SÓLO DE “GRIPE A”
- HOY, LOS R. DECRETOS, 3 EN PÁGINAS INTERIORES Y 2 EN **DOSIER ESPECIAL**.

RELEVO HISTÓRICO EN EL COLEGIO MÉDICO DE JAÉN: EMILIO GARCÍA DE LA TORRE (OTORRINO) SUCEDERÁ EN LA PRESIDENCIA A ANTONIO LUNA

OTROS ASUNTOS IMPORTANTES DE ESTE “PUENTE DEL PILAR”:

- IBEX 25: COTIZACIÓN DE LOS VALORES BURSÁTILES SANITARIOS EN MERCADOS
- LA CONSEJERA GALLEGA, PILAR FARJAS, EN LA FUNDACIÓN BAMBERG. PALABRAS DE FRANCISCO GARCÍA PASCUAL (PFIZER) Y REPORTAJE GRÁFICO.
- OTRO GRAN ARTÍCULO DE JUAN ABARCA CIDÓN, DIRECTOR G. DEL GRUPO HM, ESTE FIN DE SEMANA EN “LA RAZÓN”, QUE POR SU INTERÉS REPRODUCIMOS.
- EL C. MÉDICO DE MADRID NOMBRA “COLEGIADO DE HONOR CON EMBLEMA DE ORO” A TEODORO SACRISTÁN, EL HISTÓRICO TESORERO DE LA OMC.
- MEDICAMENTOS APROBADOS EN LA CODEM VETERINARIA DE OCTUBRE.
- ADEMÁS, LA AGENCIA RETIRA Y DEVUELVE DOS FÁRMACOS DE “QUIMIFAR” FABRICADOS POR SALVAT POR NO ESTAR AUTORIZADOS PARA PRODUCIRLOS.
- EL GERENTE DEL HOSPITAL DE ALCIRA, MANUEL MARÍN, QUE HA LOGRADO FORJAR EL 4º CONVENIO COLECTIVO DEL CENTRO, ES “LA FIGURA DEL DÍA”.

HOY, DOS DOSIERES ESPECIALES:

→ 1º DOSIER.- REAL DECRETO SOBRE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS Y FABRICANTES DE PRINCIPIOS ACTIVOS QUE SERÁ ANALIZADO EN EL CI

→ 2º DOSIER.- LA VERSIÓN SANITARIA DE LA “LEY ÓMNIBUS”.

Luchando contra el Cáncer



Prolongando la Vida

Science For A Better Life



El año pasado alrededor de siete millones de personas murieron de cáncer –un número equivalente a la población de Hong Kong o Río de Janeiro.

La mejora del diagnóstico y la obtención de tratamientos más eficaces para esta enfermedad generalizada son algunos de los principales desafíos para las próximas décadas.

Bayer HealthCare trabaja sin descanso para mejorar tanto el diagnóstico como el control de la terapia contra el cáncer.

Además, los científicos de Bayer han desarrollado un componente activo que inhibe el crecimiento de las células tumorales. Ayudan a prolongar la vida en su mejor momento. www.bayer.es



Bayer: CropScience MaterialScience

HealthCare



ORDEN DEL DÍA DE LA COMISIÓN DELEGADA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS, QUE SE CELEBRA ESTE JUEVES DÍA 15 DESDE LAS 13.00H

1. Lectura y aprobación del Acta de la sesión anterior.
2. Informe sobre estado de situación de la gripe A/H1N1. **
3. Proyecto de Real Decreto por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y sus importes máximos de financiación.
4. Proyecto de Orden por la que se establece el procedimiento para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la oferta de productos dietéticos susceptibles de financiación y para la aplicación de los importes máximos de financiación.
5. Propuesta de designación de nuevas patologías o procedimientos que deben ser atendidas o realizados en CSUR del SNS en las áreas de cardiología y cirugía cardíaca y neurología, neurofisiología, y los criterios que éstos deben cumplir para ser designados como de referencia.
6. Proyecto de Real Decreto por el que se regula la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.
7. Proyecto de Real Decreto por el que se regulan los laboratorios farmacéuticos, los fabricantes de principios activos de uso farmacéutico y el comercio exterior de medicamentos y medicamentos en investigación.
8. Proyecto de Real Decreto por el que se establecen las condiciones para la realización del uso tutelado y se modifica el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
9. Proyecto de Real Decreto por el que se modifican diversos reales decretos y órdenes ministeriales para su adaptación a la Ley de libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio a la Ley de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley.
10. Proyecto de Orden SAS/2009, por la que se actualiza el Anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
11. Ruegos y preguntas.

** Se informará de los criterios discutidos por la Comisión de Salud Pública con respecto a la estrategia de vacunación

PROYECTO DE ORDEN SAS/ /2009, POR LA QUE SE ACTUALIZA EL ANEXO III DEL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

El Fondo de cohesión sanitaria, creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Su gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula en su artículo 28 los servicios de referencia, estableciendo que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará su designación, el número necesario de éstos y su ubicación estratégica, con un enfoque de planificación de conjunto, para la atención a aquellas patologías que precisen una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales. La atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria previsto en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria contempla que dicho Fondo compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad y Política Social. En el caso de las comunidades autónomas de Canarias y las Illes Balears, la compensación incluirá también la atención a los procesos de los pacientes desplazados desde otras islas de su territorio diferentes a aquella en la que se ubique el centro, servicio o unidad de referencia designado. Dicho real decreto establece que serán incorporadas como anexo al mismo las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos aplicados o atendidos por los centros, servicios y unidades de referencia (en adelante CSUR) del Sistema Nacional de Salud que hayan de ser objeto de compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, recogiendo en cada caso la cuantía del coste financiado.

Asimismo, recoge que las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos objeto de financiación por el Fondo de cohesión sanitaria habrán de ser revisados y actualizados con la periodicidad adecuada para recoger los atendidos en los CSUR que sean designados de acuerdo con sus normas reguladoras; y que el Ministerio de Sanidad y Política Social, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes a compensar e informará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados; siendo estos los principales objetivos de este proyecto de orden ministerial. Por otro lado, el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 9, señala asimismo, que el Fondo de cohesión sanitaria financiará la asistencia sanitaria derivada entre comunidades autónomas a un CSUR, y que dicha financiación se aplicará únicamente para las patologías o las técnicas, tecnologías y procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que dicho centro, servicio o unidad ha sido designado de referencia y en las condiciones y cuantías que se recogen en el correspondiente anexo del real decreto que regula el Fondo de cohesión sanitaria.

Tras el correspondiente acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la primera incorporación de un grupo de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos como anexo III al Real Decreto 1207/2006 se llevó a cabo por la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I y II y se incorpora el anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión.

El Consejo Interterritorial ha continuado acordando grupos de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia. El 12 de diciembre de 2007 el Consejo, acordó la propuesta de criterios sobre atención a la transexualidad y el 18 de junio de 2008 acordó la correspondiente al grupo de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos en las áreas de Traumatología y cirugía ortopédica y Trasplantes.

Estas nuevas patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud, acordadas por el Consejo Interterritorial son las que se incorporan, mediante esta orden ministerial, al anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, así como la cuantía del coste a financiar en cada caso.

Conforme el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud vaya acordando nuevas patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para las que es preciso designar centros, servicios o unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud o excluir alguna de las acordadas, se seguirá actualizando el anexo III del Real Decreto 1207/2006.

En la tramitación de esta disposición ha informado preceptivamente el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y han sido consultados los distintos sectores afectados.

Esta orden se dicta en uso de la habilitación contenida en la disposición final segunda y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6.3; 9.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

En su virtud, dispongo:

Artículo único. Actualización del anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria
--

El anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, aprobado por la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, queda sustituido por el anexo de esta orden.

Disposición final primera. Título competencial

Esta norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de sanidad.

Disposición final segunda. Entrada en vigor

Lo dispuesto en esta norma entrará en vigor el día 1 de enero de 2010.

ANEXO

ANEXO III: PATOLOGÍAS, TÉCNICAS, TECNOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

(En Euros)

PATOLOGÍAS, TÉCNICAS, TECNOLOGÍAS O PROCEDIMIENTOS	Coste Medio	Coste compensable (80%)
1. Quemados críticos (GDR: 821,822, 823, 824 y 825)	22.263	17.810
2. Reconstrucción del pabellón auricular	2.860	2.288
3. Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	2.603	2.082
4. Alteraciones congénitas del desarrollo ocular (Alteraciones del globo ocular y de los párpados)	2.131	1.705
5. Tumores extraoculares en la infancia (Rabdomiosarcoma)	5.490	4.392
6. Tumores intraoculares en la infancia (Retinoblastoma)	3.493	2.794
7. Tumores intraoculares del adulto (Melanomas uveales)	3.933	3.146
8. Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	6.227	4.982
9. Tumores orbitarios	4.815	3852
10. Retinopatía del prematuro avanzada	2.861	2.289
11. Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis	3.123	2.498
14. Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	7.551	6.041
15. Trasplante renal infantil	31.551	25.241
16. Trasplante hepático infantil	63.785	51.028
17. Trasplante hepático de vivo adulto	63.785	51.028
18. Trasplante pulmonar (infantil y adulto)	70.576	56.461
19. Trasplante cardio-pulmonar de adultos	70.576	56.461
20. Trasplante cardíaco infantil	60.476	48.381
21. Trasplante de páncreas	48.233	38.586
22. Trasplante de intestino (infantil y adulto)	35.579	28.463
23. Queratoplastia penetrante en niños	2.334	1.867
24. Atención a la transexualidad	10.015	8.012
25. Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto	6.349	5.079
26. Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes	10.564	8.451
27.A. Ortopedia infantil: Malformaciones congénitas (fémur corto congénito, agenesia de tibia/peroné,...)	5.231	4.185
27.B. Ortopedia infantil: Displasias óseas (Osteogénesis imperfecta, artrogriposis,...) y grandes alargamientos de miembros	4.674	3.739
27.C. Ortopedia infantil: Enfermedades neuromusculares (parálisis cerebral, mielomeningocele,...)	6.057	4.846
28. Reimplantes, incluyendo mano catastrófica	4.963	3.970
31. Trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil	45.770	36.616

MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL PROYECTO DE ORDEN SAS/ /2009, POR LA QUE SE ACTUALIZA EL ANEXO III DEL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

El Fondo de cohesión sanitaria, creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Su gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula en su artículo 28 los servicios de referencia, estableciendo que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará su designación, el número necesario de éstos y su ubicación estratégica, con un enfoque de planificación de conjunto, para la atención a aquellas patologías que precisen para su atención una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales. La atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria previsto en la Ley 21/2001.

La disposición adicional octava de la Ley 16/2003, en la redacción dada por la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, en relación con los criterios para el establecimiento de los servicios de referencia considera a las comunidades autónomas de Canarias y de las Illes Balears como estratégicas dentro del Sistema Nacional de Salud y establece que la atención en los centros de referencia que en ellas se ubiquen será financiada con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

Por otra parte, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria contempla que éste compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad y Política Social. En el caso de las comunidades autónomas de Canarias y las Illes Balears, la compensación incluirá también la atención a los procesos de los pacientes desplazados desde otras islas de su territorio diferentes a aquella en la que se ubique el centro, servicio o unidad de referencia (en adelante CSUR) designado.

Dicho real decreto establece que serán incorporadas como anexo III al mismo las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos aplicados o atendidos por los CSUR que hayan de ser objeto de compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, recogándose en cada caso la cuantía del coste financiado.

Asimismo, señala que las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos objeto de financiación por el Fondo de cohesión sanitaria habrán de ser revisados y actualizados con la periodicidad adecuada para recoger los atendidos en los CSUR que sean designados de acuerdo con sus normas reguladoras; y que el Ministerio de Sanidad y Política Social, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes a compensar e informará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados; siendo estos los principales objetivos de este proyecto de orden ministerial.

Por otro lado, con el fin de hacer efectivas las previsiones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y el mandato de la II Conferencia de Presidentes, el 11 de noviembre de 2006 se publicó el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud, que recoge en su artículo 9 que el Fondo de cohesión sanitaria financiará la asistencia sanitaria derivada entre comunidades autónomas a un CSUR del Sistema Nacional de Salud.

El 28 de noviembre de 2006 se constituyó el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) al cual eleva sus propuestas, que está formado por representantes de todas las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, y que supuso la puesta en marcha del procedimiento de designación. Desde entonces se está trabajando en las distintas áreas de especialización con Grupos de Expertos, designados por las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas y el Ministerio. Para cada área se realiza una propuesta justificada de las patologías o de las técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y se elaboran los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia, en función del tipo de actividad para la que se vayan a designar.

El 18 de julio de 2007 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó el primer grupo de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que era necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y los criterios que debían cumplir éstos para ser designados como de referencia en las áreas de Oftalmología, Oncología médica y radioterápica, Cirugía plástica, estética y reparadora y Trasplantes; y el 12 de diciembre de 2007, acordó la propuesta de criterios sobre queratoplastia penetrante en niños; lo cual dio lugar a la primera incorporación de un grupo de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos como anexo III al Real Decreto 1207/2006, lo que se llevó a cabo mediante la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I y II y se incorpora el anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha continuado acordando grupos de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud, a propuesta del Comité de Designación. El 12 de diciembre de 2007 el Consejo, acordó la propuesta de criterios sobre atención a la transexualidad y el 18 de junio de 2008 el listado de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y de los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia en las áreas de Traumatología y cirugía ortopédica y Trasplantes. Por tanto, es este nuevo grupo de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud, acordado por el Consejo Interterritorial el que se incorpora, mediante esta orden ministerial, al anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, así como la cuantía del coste a financiar en cada caso.

Conforme el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud vaya acordando nuevas patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para las que es preciso designar centros, servicios o unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud o excluir alguna de las acordadas, se seguirá actualizando el anexo III del Real Decreto 1207/2006. Por otro lado, en esta orden, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Real Decreto 1207/2006, se actualizan los costes compensables del anexo III de la Orden SCO/3773/2008, que se han calculado tomando como base los costes medios publicados en dicha Orden, actualizados a 2010 según el índice deflactor del consumo privado de los hogares de 2009 (1,0%) y de 2010 (2,2%) que figura en el Programa de Estabilidad del Reino de España para los años 2008-2011. Estos costes compensables serán los que se apliquen en la liquidación del año 2010 del Anexo III del Fondo de cohesión.

MEMORIA ECONÓMICA DEL PROYECTO DE ORDEN SAS/ /2009, POR LA QUE SE ACTUALIZA EL ANEXO III DEL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

El Fondo de cohesión sanitaria, creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Su gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social. Este Fondo desde su creación ha sido regulado por el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, y el vigente Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. Desde el año 2002 se compensa a las comunidades autónomas con cargo al Fondo de cohesión sanitaria la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas y la asistencia sanitaria a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, en las condiciones y bajo los criterios establecidos en los reales decretos que regulan dicho Fondo.

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, contempla en su artículo 2 apartado c, que dicho Fondo compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad y Política Social. En el caso de las comunidades autónomas de Canarias y las Illes Balears, la compensación incluirá también la atención a los procesos de los pacientes desplazados desde otras islas de su territorio diferentes a aquella en la que se ubique el centro, servicio o unidad de referencia designado.

Dicho real decreto establece en su disposición final segunda, la facultad de la Ministra de Sanidad y Política Social para dictar las disposiciones necesarias para su desarrollo y en particular incorporar como anexo al mismo las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos (PTTP) aplicados o atendidos por los centros, servicios, y unidades de referencia (CSUR) que hayan de ser objeto de compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, recogiendo en cada caso la cuantía del coste financiado. Asimismo, establece que las PTTP objeto de financiación por el Fondo de cohesión sanitaria habrán de ser revisados y actualizados con la periodicidad adecuada para recoger los atendidos en los CSUR que sean designados de acuerdo con sus normas reguladoras; y que el Ministerio de Sanidad y Política Social, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes a compensar e informará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados; siendo estos los principales objetivos de este proyecto de orden ministerial.

Por otro lado, el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 9, señala asimismo, que el Fondo de cohesión sanitaria financiará la asistencia sanitaria derivada entre comunidades autónomas a un CSUR, y que dicha financiación se aplicará únicamente para las PTTP diagnósticos o terapéuticos para los que dicho centro, servicio o unidad ha sido designado de referencia y en las condiciones y cuantías que se recogen en el correspondiente anexo del real decreto que regula el Fondo de cohesión sanitaria.

Tras el correspondiente acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la primera incorporación de un grupo de PTTP como anexo III al Real Decreto 1207/2006 se llevó a cabo por la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I y II y se incorpora el anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión.

El Consejo Interterritorial ha continuado acordando grupos de PTTP para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia. El 12 de diciembre de 2007 el Consejo acordó la propuesta de criterios sobre atención a la transexualidad y el 18 de junio de 2008 acordó el correspondiente grupo de PTTP en las áreas de Traumatología y cirugía ortopédica y Trasplantes.

Estas nuevas patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud, acordadas por el Consejo Interterritorial son las que se incorporan, mediante esta orden ministerial, al anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, así como la cuantía del coste a financiar en cada caso, que se ha estimado de la misma forma que se hizo para las PTTP que se incorporaron por la Orden SCO/3773/2008 al anexo III del Real Decreto 1207/2006.

Estimación del coste por el que se compensaría a las comunidades autónomas, en cuyo territorio se ubica un CSUR del Sistema Nacional de Salud, por la atención o realización de las nuevas PTTP que se incorporan al anexo III del Real Decreto 1207/2006:

La **estimación del coste de cada PTTP** (Tabla 1) se ha realizado calculando la media ponderada de los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) a los que se asignaban los casos de cada PTTP teniendo en cuenta:

- *La actividad extraída del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria del año 2007*, última disponible, referida a los pacientes trasladados a una comunidad autónoma diferente de la suya de residencia habitual y a los atendidos en las comunidades insulares en el año 2007, no abarcando los pacientes atendidos de la propia comunidad donde radica el centro, excepto en el caso de las comunidades insulares.

(Fuente: CMBD, año 2007. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social)

- *Los costes medios de los GRD en euros 2010*, calculados tomando como base los costes medios 2006 (últimos disponibles), actualizados a 2010 por el IPC de 2007 (4,2%) y de 2008 (1,4%), publicados por el INE, y según el índice deflactor del consumo privado de los hogares de 2009 (1,0%) y de 2010 (2,2%) que figura en el Programa de Estabilidad del Reino de España para los años 2008-2011.

(Fuente: Grupo de Contabilidad Analítica de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial)

Utilizando la base de datos del CMBD al alta hospitalaria del año 2007, se ha realizado la siguiente búsqueda de casos para **estimar la actividad de los CSUR** en un año (ver Tabla 1):

1º Se ha identificado cada PTTP con los correspondientes diagnósticos y/o procedimientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica (CIE.9.MC).

2º Para cada PTTP se han realizado todas las posibles búsquedas combinando el diagnóstico principal con cada procedimiento y observando en qué GDR se agrupaba cada caso.

3º El total de casos (actividad) en cada PTTP se ha obtenido sumando el resultado de todas las combinaciones posibles.

Para cada PTTP el coste estimado se ha obtenido:

a) Si de la búsqueda de datos de actividad ha resultado que los casos de una PTTP se agrupaban en un solo GRD se ha estimado que el correspondiente coste medio de ese GRD en euros 2010 es el coste de la PTTP. Ejemplo:

PTTP: Trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil

Codificación CIE 9 MC:

- Procedimientos:
 - 41.05: Trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas sin purgado.
 - 41.06: Trasplante de células madre de sangre del cordón umbilical.

Búsqueda de Actividad 2007:

41.05 <14 años

41.06 <14 años

GRD en el que se agrupa la actividad:

GRD 803: 26 casos

Coste medio GRD en euros 2010: 45.770 euros

Estimación coste PTTP: 45.770 euros

b) Si de la búsqueda de datos de actividad de una PTTP ha resultado que los casos se agrupaban en más de un GRD, se ha estimado el coste de esa PTTP calculando la media ponderada de los GRD a que se han asignado los casos de esa PTTP. Ejemplo:

PTTP: Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto

Codificación CIE 9 MC:

- Diagnóstico:
 - 754.3: Luxación congénita de la cadera (>14 años)
- Procedimientos:
 - 77.25: Osteotomía en cuña fémur.
 - 77.29: Osteotomía en cuña otros (huesos pelvianos).
 - 77.35: Otra división de hueso, fémur.
 - 77.39: Otra división de hueso otros (huesos pelvianos) (Osteoartrotomía).

Búsqueda de Actividad 2007:

754.3+77.25 >14 años

754.3+77.29 >14 años

754.3+77.35 >14 años

754.3+77.39 >14 años

GRD en el que se agrupa la actividad:

GRD 212: 3

GRD 211: 2

Total: 5 casos

Coste medio GRD en euros 2010:

Coste medio GRD 212: 5.719 euros

Coste medio GRD 211: 7.295 euros

Estimación coste PTTP (media ponderada): 6.349 euros

Cálculo: (3x5.719 + 2x7.295) / 5 = 6.349 euros

Por tanto, como resultado de realizar estas estimaciones para cada una de las nuevas PTTP recogidas en el anexo III del Real Decreto 1207/2006 (anexo de esta orden) han resultado los costes medios y los costes compensables que aparecen en dicho anexo:

Patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos	(Euros 2010)	
	Coste medio estimado	Coste compensable (80%)
24. Atención a la transexualidad	10.015	8.012
25. Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto	6.349	5.079
26. Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes	10.564	8.451
27.A. Ortopedia infantil: Malformaciones congénitas (fémur corto congénito, agenesia de tibia/peroné,...)	5.231	4.185
27.B. Ortopedia infantil: Displasias óseas (Osteogénesis imperfecta, artrogriposis,...) y grandes alargamientos de miembros	4.674	3.739
27.C. Ortopedia infantil: Enfermedades neuromusculares (parálisis cerebral, mielomeningocele,...)	6.057	4.846
28. Reimplantes, incluyendo mano catastrófica	4.963	3.970
31. Trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil	45.770	36.616

Estimación del coste total que supondría la incorporación de las nuevas PTTP al anexo III del Real Decreto 1207/2006

En primer lugar se valora el coste total para el año 2010 de cada PTTP que se ha calculado teniendo en cuenta el coste medio estimado en euros 2010 y el total de casos:

Patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos (PTTP)	Actividad año 2007 por GRD	(Euros 2010)	
		Coste medio estimado	Coste anual
24. Atención a la transexualidad	6 casos	10.015	60.090
25. Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto	5 casos	6.349	31.745
26. Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes	191 casos	10.564	2.017.724
27.A. Ortopedia infantil: Malformaciones congénitas (fémur corto congénito, agenesia de tibia/peroné,...)	15 casos	5.231	78.465

27.B. Ortopedia infantil: Displasias óseas (Osteogénesis imperfecta, artrogriposis,...) y grandes alargamientos de miembros.	11 casos	4.674	51.414
27.C. Ortopedia infantil: Enfermedades neuromusculares (parálisis cerebral, mielomeningocele,...)	23 casos	6.057	139.311
28. Reimplantes, incluyendo mano catastrófica	34 casos	4.963	168.742
31. Trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil	26 casos	45.770	1.190.020
TOTAL	311 casos		3.737.511

Si ninguna de las PTTP estuviera ya financiada por el Fondo de cohesión (actuales anexos I y II del Real Decreto 1207/2006) y se financiara el 100% del coste medio estimado, el coste que ocasionaría aplicar las nuevas PTTP del anexo III del Real Decreto 1207/2006 sería 3.737.511 euros. Dado que parte de las PTTP incluidas en el anexo III ya están en el actual anexo I del Real Decreto 1207/2006, y que en el proyecto de orden se propone compensar a las comunidades autónomas por el 80% del coste estimado de cada PTTP, es decir, en las mismas condiciones que los anexos I y II, la repercusión de su aplicación consistiría únicamente en compensar el 80% de los costes de los GRD no incluidos en el actual anexo I del Real Decreto 1207/2006. Los cálculos del coste total figuran en la Tabla 1, cuyo resumen es el siguiente:

Resumen del coste que supondría la incorporación de las nuevas PTTP del anexo III	Importe (100%)	Compensación (80%)
GRD ya financiados con cargo al anexo I	1.588.759	1.271.007
GRD no financiados con cargo al anexo I	2.148.752	1.719.002
Total	3.737.511	2.990.009

Por tanto, la repercusión de la incorporación de las nuevas PTTP del anexo III del Real Decreto 1207/2006 sería de 1.719.002 €.

		Coste anual (euros 2010) Compensación 80%	
PTTP	Actividad 2007	Total nuevas PTTP del anexo III	Repercusión estimada del anexo III una vez restado lo que ya se venía financiando por el anexo I
TOTAL	311	2.990.009	1.719.002

No obstante, habría que tener en cuenta que en el cálculo de la actividad se han contabilizado todos los casos de pacientes de Canarias y Baleares atendidos en su Comunidad de los GRD asignados a estas PTTP, cuando sólo habrían de abonarse con cargo al Fondo de cohesión los traslados entre islas, pero el desglose de la información de actividad sólo está disponible a nivel de Comunidad Autónoma, por lo que no es posible conocer el número real de casos que sí se incluirían en el Fondo de cohesión. Por tanto, es previsible que esta cifra se viera rebajada al tratarse de pacientes que no se trasladan entre islas.

Actualización de los costes compensables de las PTTP ya incorporadas al anexo III por la Orden SCO/3773/2008

Por otro lado, en esta orden, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7.2 del Real Decreto 1207/2006, se actualizan los costes compensables de las PTTP ya incorporadas al anexo III por la Orden SCO/3773/2008 a euros 2010 para equiparlos a los correspondientes a las nuevas PTTP que se incorporan con esta orden. Se han calculado tomando como base los costes medios publicados en la citada orden, actualizados a 2010 según el índice deflactor del consumo privado de los hogares de 2009 (1,0%) y de 2010 (2,2%) que figura en el Programa de Estabilidad del Reino de España para los años 2008-2011. Estos costes medios serán los que se apliquen en la liquidación del año 2010 del Anexo III del Fondo de cohesión.

Al no modificarse los procedimientos financiados, sino solamente la actualización de precios, en los términos previstos en el Real Decreto 1207/2006, no cabe apreciar costes económicos de este anexo distintos de los derivados de esa actualización de los importes a financiar.

Se adjunta listado de las PTTP del anexo III que ya estaban en la Orden SCO/3773/2008 con los costes actualizados a euros 2010.

PATOLOGÍAS, TÉCNICAS, TECNOLOGÍAS O PROCEDIMIENTOS	Coste medio	Coste compensable (80%)
1. Quemados críticos (GDR: 821, 822, 823, 824 y 825)	22.263	17.810
2. Reconstrucción del pabellón auricular	2.860	2.288
3. Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	2.603	2.082
4. Alteraciones congénitas del desarrollo ocular (Alteraciones del globo ocular y de los párpados)	2.131	1.705
5. Tumores extraoculares en la infancia (Rabdomiosarcoma)	5.490	4.392
6. Tumores intraoculares en la infancia (Retinoblastoma)	3.493	2.794
7. Tumores intraoculares del adulto (Melanomas uveales)	3.933	3.146
8. Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	6.227	4.982
9. Tumores orbitarios	4.815	3.852
10. Retinopatía del prematuro avanzada	2.861	2.289
11. Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis	3.123	2.498
14. Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	7.551	6.041
15. Trasplante renal infantil	31.551	25.241
16. Trasplante hepático infantil	63.785	51.028
17. Trasplante hepático de vivo adulto	63.785	51.028
18. Trasplante pulmonar (infantil y adulto)	70.576	56.461
19. Trasplante cardio-pulmonar de adultos	70.576	56.461
20. Trasplante cardíaco infantil	60.476	48.381
21. Trasplante de páncreas	48.233	38.586
22. Trasplante de intestino (infantil y adulto)	35.579	28.463
23. Queratoplastia penetrante en niños	2.334	1.867

TABLA 1

ESTIMACIÓN COSTE MEDIO PTPP

PTTP	Codificación CIE 9 MC	Búsqueda actividad¹	Actividad 2007 por GRD²	GRD incluidos en FC³	Coste medio GRD⁴ (euros 2010)	Coste estimado⁵ (euros 2010)
24. Atención a la transexualidad	<i>Diagnóstico principal:</i> - 302.85: Trastorno de identidad sexual en adolescentes o adultos.	302.85	GRD 424: 6 <i>Total: 6 casos</i>	SI	10.015	10.015
25. Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto	<i>Diagnóstico principal:</i> - 754.3: Luxación congénita de la cadera. <i>Procedimientos:</i> - 77.25: Osteotomía en cuña fémur. - 77.29: Osteotomía en cuña otros (huesos pelvianos). - 77.35: Otra división de hueso, fémur. - 77.39: Otra división de hueso otros (huesos pelvianos) (Osteoartrotomía).	>14 años - 754.3+77.25 - 754.3+77.29 - 754.3+77.35 - 754.3+77.39	GRD 212: 3 GRD 211: 2 <i>Total: 5 casos</i>	SI NO	5.719 7.295	6.349
26. Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes	<i>Diagnósticos principales:</i> - 730.1: Osteomielitis crónica (Absceso de Brodie, secuestro de hueso, osteomielitis crónica o antigua con o sin mención de periostitis, osteomielitis esclerosante de Garré).	- 730.1+77.0 - 730.1+78.1 - 730.1+79.6 - 730.1+80.0 - 730.1+81.22 - 730.1+81.53	GRD 789: 47 GRD 817: 43 GRD 867: 23 GRD 211: 18 GRD 558: 15 GRD 210: 16	NO NO NO NO NO NO	12.389 11.429 3.855 7.295 15.346 8.588	10.564

	- 711.0: Artritis piógena.	- 730.1+81.55	GRD 217: 8	NO	11.801	
	- 711.4: Artropatía asociada con otras enfermedades bacterianas.	- 730.1+77.85	GRD 471: 8	SI	17.571	
	- 711.6: Artropatía fúngica.	- 711.0+77.0	GRD 559: 5	NO	11.828	
	- 711.8: Artropatía asociada con otras enfermedades infecciosas y parasitarias.	- 711.0+78.1	GRD 218: 4	NO	8.209	
	- 996.66: Reacción infecciosa e inflamatoria por prótesis interna articular.	- 711.0+79.6	GRD 866: 4	NO	7.355	
	- 996.67: Reacción infecciosa e inflamatoria por otro dispositivo, ortopédico interno, implante e injerto.	- 711.0+80.0	Total: 191 casos			
	<i>Procedimientos:</i>	- 711.0+81.22				
	- 77.0: Secuestrectomía.	- 711.0+81.53				
	- 78.1: Aplicación de dispositivo fijador externo.	- 711.0+81.55				
	- 79.6: Desbridamiento de sitio de fractura abierta (Desbridamiento de fractura compuesta).	- 711.0+77.85				
	- 80.0: Artrotomía para retirada de prótesis.	- 711.4+77.0				
	- 81.22: Artrodesis de rodilla.	- 711.4+78.1				
	- 81.53: Revisión de sustitución de cadera.	- 711.4+79.6				
	- 81.55: Revisión de sustitución de rodilla, no especificada de otra manera.	- 711.4+80.0				
	- 77.85: Otra ostectomía, exéresis o escisión ósea parcial de fémur.	- 711.4+81.22				
		- 711.4+81.53				
		- 711.4+81.55				
		- 711.4+77.85				

		- 711.8+77.0 - 711.8+78.1 - 711.8+79.6 - 711.8+80.0 - 711.8+81.22 - 711.8+81.53 - 711.8+81.55 - 711.8+77.85 - 996.66+77.0 - 996.66+78.1 - 996.66+79.6 - 996.66+80.0 - 996.66+81.22 - 996.66+81.53 - 996.66+81.55 - 996.66+77.85 - 996.67+77.0 - 996.67+78.1 - 996.67+79.6 - 996.67+80.0 - 996.67+81.22 - 996.67+81.53 - 996.67+81.55 - 996.67+77.85				
27. Ortopedia infantil: Tratamiento	<i>A. Malformaciones congénitas:</i> <i>Diagnósticos principales:</i> - 755.34: Deficiencia longitudinal femoral,	<14 años - 755.34+77.2	GRD 212: 10 GRD 220: 3 GRD 234: 2	SI NO SI	5.719 3.255 5.755	5.231

ortopédico en las enfermedades neuromusculares (parálisis cerebral, mielomeningocele), malformaciones congénitas (fémur corto congénito, agenesia de tibia/peroné,...), displasias óseas (Osteogénesis imperfecta, artrogriposis) y grandes alargamientos de miembros.	completa o parcial, con o sin deficiencias distales, incompletas (Ausencia congénita de fémur, con o sin ausencia de algunos, pero no todos, elementos distales). - 755.36: Deficiencia longitudinal tibia, completa o parcial, con o sin deficiencias distales, incompletas (Agenesia de tibia, ausencia congénita de tibia, con o sin ausencia de algunos, pero no todos, elementos distales). - 755.37: Deficiencia longitudinal peroneal, completa o parcial, con o sin deficiencias distales, incompletas (Agenesia de peroné, ausencia congénita de peroné, con o sin ausencia de algunos, pero no todos, elementos distales). <i>Procedimientos:</i> - 77.2: Osteotomía en cuña. - 78.3: Procedimientos de alargamiento de extremidades. - 78.1: Aplicación de dispositivo fijador externo.	- 755.34+78.3 - 755.34+78.1 - 755.36+77.2 - 755.36+78.3 - 755.36+78.1 - 755.37+77.2 - 755.37+78.3 - 755.37+78.1	Total: 15 casos			
	<i>B. Displasias óseas:</i> <i>Diagnósticos principales:</i> - 754.89: Otras anomalías musculoesqueléticas no teratogénicas especificadas (Contracturas de flexión generalizadas de las articulaciones de los	<14 años - 754.89+77.2 - 754.89+78.3 - 754.89+78.5	GRD 234: 3 GRD 212: 3 GRD 220: 3 GRD 224: 2 Total: 11	SI SI NO NO	5.755 5.719 3.255 3.614	4.674

	- 80.1: Otra artrotomía (Artrostomía).					
28. Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica	- 885: Amputación traumática de dedo pulgar (completa y parcial). - 886: Amputación traumática de otro/s dedo/s de la mano (completa y parcial). - 887: Amputación traumática de brazo y mano (completa y parcial). - 895: Amputación traumática de dedo/s de pie (completa y parcial). - 896: Amputación traumática de pie (completa y parcial). - 897: Amputación traumática de pierna/s (completa y parcial). - 927.2: Lesión por aplastamiento de muñeca y mano/s, salvo dedo/s de la mano exclusivamente. - 927.3: Lesión por aplastamiento de dedos. <i>Procedimientos:</i> - 84.2: Reimplante de extremidad.	- 885+84.2 - 886+84.2 - 887+84.2 - 895+84.2 - 896+84.2 - 897+84.2 - 927.2 - 927.3	- GRD 441: 30 - GRD 440: 1 - GRD 439: 1 - GRD 442: 1 - GRD 443: 1 Total: 34 casos	- NO - NO - SI - NO - NO	4.669 6.899 8.839 8.493 4.452	4.963
31. Trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil	- 41.05: Trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas sin purgado. - 41.06: Trasplante de células madre de sangre del cordón umbilical.	<14 años - 41.05 - 41.06	GRD 803: 26 Total: 26 casos	SI	45.770	45.770

¹ **Búsqueda actividad:** Se ha realizado combinando el diagnóstico principal con cada procedimiento y el total de casos se ha calculado sumando los casos obtenidos de todas las diferentes combinaciones.

² **Datos de actividad:** Se refieren a los pacientes trasladados a una Comunidad Autónoma diferente de la suya de residencia habitual y a los atendidos en las comunidades insulares en el año 2007. Por tanto, no abarca los pacientes atendidos de la propia Comunidad donde radica el centro, excepto en el caso de las comunidades insulares. Actividad extraída del CMBD al alta hospitalaria del año 2007.

Fuente de información: CMBD, año 2007. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Hospitales informantes: Hospitales públicos, incluyendo hospitales de la red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio.

³ **GDR incluidos en FC:** Señala si los GDR están actualmente incluidos o no en el actual anexo I del Real Decreto 1207/2006.

⁴ **Coste medio GRD (euros 2010):** Calculado tomando como base los costes medios 2006 (últimos disponibles), actualizados a 2010 por el IPC de 2007 (4,2%) y de 2008 (1,4%), publicados por el INE, y según el índice deflactor del consumo privado de los hogares de 2009 (1,0%) y de 2010 (2,2%) que figura en el Programa de Estabilidad del Reino de España para los años 2008-2011.

Fuente de información: Grupo de Contabilidad Analítica de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial.

⁵ **Coste estimado (euros 2010):** Se ha obtenido calculando la media ponderada de los GRDs de cada PTP.

PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL USO TUTELADO Y SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 22.1 establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente Ministerio de Sanidad y Política Social), por propia iniciativa o a propuesta de las correspondientes Administraciones públicas sanitarias y previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá autorizar el uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos. Según señala el apartado 2 de este mismo artículo, el uso tutelado tendrá como finalidad establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de la técnica, tecnología o procedimiento antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, el artículo 71.1 de la mencionada ley determina las funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud sobre las que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones, recogiendo entre las mismas, el uso tutelado al que se refiere su artículo 22.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, señala en su artículo 7.5 que para llevar a cabo la actualización de la cartera de servicios se deberá utilizar el procedimiento de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de una técnica, tecnología o procedimiento, como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros.

Por otra parte, el artículo 22.3 de la citada Ley 16/2003 señala que el uso tutelado se financiará con cargo al Fondo de cohesión al que se refiere el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, de conformidad con las normas por las que se rige dicho fondo. No obstante, dicha previsión no fue contemplada, en su momento, en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. Todo ello hace necesario regular el mecanismo por el cual se desarrollarán los usos tutelados, tanto en lo referente a sus condiciones como a su financiación, de modo que permitan obtener la información necesaria para determinar la seguridad, eficacia y eficiencia de las diferentes técnicas, tecnologías y procedimientos, con el fin de respaldar las decisiones sobre la actualización de la cartera de servicios comunes.

De esta forma, a la vez que se obtiene dicha información, se garantizará la equidad en el acceso a estas técnicas, tecnologías y procedimientos, puesto que a través del uso tutelado se facilitará su aplicación a todos los usuarios que las requieran en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia, en consonancia con lo dispuesto en la disposición adicional quinta de la citada Ley 16/2003 que establece que el Fondo de cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español.

Este real decreto se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.16ª y 17ª de la Constitución española y de acuerdo con lo previsto en la disposición final quinta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Este real decreto cuenta con el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y con la aprobación previa de la Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia. En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Política Social, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión de

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto.

El objeto de este real decreto es regular las condiciones en las que se llevará a cabo el uso tutelado, como mecanismo para determinar el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de una técnica, tecnología o procedimiento, en los casos en los que no exista suficiente información que lo avale, antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de actualizar la cartera de servicios regulada mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Artículo 2. Autorización del uso tutelado.

1. La propuesta de realización del uso tutelado será formulada por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, regulada en el artículo 9 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, a iniciativa del Ministerio de Sanidad y Política Social o de alguna de las Comunidades Autónomas, incluyendo el órgano evaluador de tecnologías sanitarias tutelador seleccionado entre los que participan en la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y los centros en los que se realizará.
2. El uso tutelado se autorizará mediante resolución de la Ministra de Sanidad y Política Social, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, según lo dispuesto en el artículo 22.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3. Condiciones para la realización del uso tutelado.

1. El uso tutelado se realizará con arreglo a un diseño de investigación, dirigido técnicamente por un órgano evaluador de tecnologías sanitarias, por un período de tiempo limitado dependiendo de las características de la técnica, tecnología o procedimiento, y en centros expresamente autorizados para ello por el Ministerio de Sanidad y Política Social.
2. Corresponde a las Comunidades Autónomas proponer al Ministerio de Sanidad y Política Social los centros de sus respectivos ámbitos en los que se llevará a cabo el uso tutelado, garantizando que cuentan con la experiencia suficiente, con el conocimiento y los recursos humanos y materiales precisos para su realización y con las condiciones de seguridad y calidad apropiadas y que se comprometen a asumir los protocolos que se acuerden.
3. Una vez finalizado el periodo de uso tutelado, la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación analizará el informe técnico previsto en el artículo 4.1.c), el cual, junto con la correspondiente memoria económica, le permitirá llevar a cabo su propuesta de actualización de la cartera de servicios, de acuerdo con el artículo 8 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

4. Esta sistemática será de aplicación tanto para las inclusiones, como para las modificaciones de condiciones de uso como, en su caso, para las exclusiones de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 4. Funciones y responsabilidades del órgano evaluador tutelador.

1. Son funciones del órgano evaluador tutelador:

a) Con carácter previo a la puesta en marcha del uso tutelado:

1º Determinar los requerimientos materiales, personales y formativos para la utilización adecuada de la técnica, tecnología o procedimiento.

2º Elaborar un protocolo de selección y seguimiento de pacientes y de valoración de los resultados de la técnica, tecnología o procedimiento, destinado a garantizar la seguridad, la equidad en el acceso, el respeto a la bioética y el logro de resultados relevantes para el conocimiento, cuyo contenido se establece en el artículo 5.1.

3º Constatar que en el consentimiento informado de los pacientes a los que se vaya a aplicar la técnica, tecnología o procedimiento se les indique que está sometido a uso tutelado.

4º Comprobar que los medicamentos, productos sanitarios u otros productos necesarios para la aplicación de la técnica, tecnología o procedimiento, o las instalaciones en las que se lleve a cabo satisfacen los requisitos de la reglamentación específica que les sea de aplicación.

b) Durante el periodo de uso tutelado: recoger y procesar la información procedente de los centros participantes.

c) Una vez concluido el periodo de uso tutelado: elaborar el informe técnico contemplado en el artículo 6 de la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Este informe, que permitirá disponer de información objetiva para decidir sobre su financiación en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en dicha orden, incluirá al menos los siguientes datos:

1º Descripción del funcionamiento operativo de la técnica, tecnología o procedimiento.

2º Estado del conocimiento sobre su seguridad, eficacia y coste y su grado de implantación en España.

3º Exigencias normativas para la aplicación de la técnica, tecnología o procedimiento en España.

4º Resultados obtenidos del uso tutelado.

5º Conclusiones sobre la seguridad, eficacia y eficiencia de la técnica, tecnología o procedimiento, su utilidad respecto a otras existentes, las repercusiones organizativas de su introducción, su repercusión económica y, si procede, las recomendaciones sobre las condiciones más idóneas para aplicar la técnica, tecnología o procedimiento.

d) En el supuesto de usos tutelados de duración superior a un año, elaborar para la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, además del informe citado anteriormente, un informe anual en el que se recoja la evolución del uso tutelado, que será presentado en el primer trimestre una vez transcurrido el año natural.

2. Son responsabilidades del órgano evaluador tutelador las siguientes:

- a) Comunicar de forma inmediata al Ministerio de Sanidad y Política Social los efectos adversos graves que se detecten en la aplicación de la técnica, tecnología o procedimiento sometido a uso tutelado y que pudieran determinar su paralización, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones de comunicación requeridas por la normativa específica para los medicamentos y productos sanitarios que intervengan en el uso tutelado.
- b) Garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y su normativa de desarrollo y en la Ley 41/2002, de 14 noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Artículo 5. Protocolo del uso tutelado.

1. El órgano evaluador tutelador elaborará el protocolo con la participación de expertos y de los centros en los que se va a realizar el uso tutelado. Dicho protocolo recogerá los siguientes aspectos:

- a) Objetivo del uso tutelado.
- b) Indicaciones sometidas a uso tutelado, incluyendo los criterios de inclusión y de exclusión de los pacientes.
- c) Condiciones de utilización de la técnica, tecnología o procedimiento.
- d) Mecanismo de detección de problemas relevantes para la salud que pudieran surgir durante la realización del uso tutelado y de comunicación de los mismos al Ministerio de Sanidad y Política Social, el cual dará traslado a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y, en su caso, a las autoridades sanitarias competentes.
- e) Información relevante a recoger sobre los pacientes, la propia técnica, tecnología o procedimiento, los resultados y las complicaciones a corto, medio y largo plazo, precisa para la toma de decisiones.
- f) Procedimiento de recogida de información y de seguimiento del cumplimiento del protocolo de estudio.
- g) Estimación del plazo de duración del uso tutelado, en función de la necesidad de obtención de información.
- h) Estimación de los costes de su implantación en el Sistema Nacional de Salud.

2. Los centros que realicen la técnica, tecnología o procedimiento remitirán al órgano evaluador tutelador la información contemplada en el protocolo relativa a sus pacientes en la forma y plazos que en aquél se establezcan.

Artículo 6. Acceso a las técnicas, tecnologías y procedimientos sometidos a uso tutelado.

Todos los pacientes que cumplan los criterios de selección establecidos en el correspondiente protocolo tendrán derecho a acceder a las técnicas, tecnologías y procedimientos en uso tutelado en igualdad de condiciones que los pacientes residentes en las Comunidades Autónomas en las que radican los centros autorizados para la realización de dicho uso tutelado.

Disposición final primera. Modificación del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, se modifica en los siguientes términos:

- Uno. En el artículo 2 apartado 1, se añade un punto d) con la siguiente redacción:
d) Asistencia a pacientes residentes en España, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3.1 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como consecuencia de la aplicación de las técnicas, tecnologías y procedimientos cuyo uso tutelado sea autorizado en desarrollo de lo previsto por el artículo 22 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- Dos. El artículo 3 queda redactado de la siguiente forma:
La asistencia sanitaria a que se refiere este real decreto es la contemplada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como la asistencia sanitaria realizada en concepto de uso tutelado.
- Tres. Se añade un nuevo artículo 6 bis, con la siguiente redacción:
Artículo 6 bis. Asistencia sanitaria derivada de usos tutelados.
 1. El Fondo de cohesión sanitaria compensará la realización de las técnicas, tecnologías y procedimientos (TTP) cuyo uso tutelado haya autorizado el Ministerio de Sanidad y Política Social, en los centros autorizados a tal efecto. Esta compensación se realizará durante el periodo de duración del uso tutelado, por los casos recogidos en el informe anual que ha de realizar el órgano evaluador tutelador, valorados a los importes establecidos en el anexo IV, que se actualizarán anualmente en los mismos términos que prevé el artículo 7.2 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. Antes del día 1 de noviembre de cada ejercicio, las Comunidades Autónomas remitirán una relación de los casos atendidos hasta esa fecha en el año por los centros que desarrollen usos tutelados en sus respectivos ámbitos de gestión, que servirá para efectuar una liquidación provisional antes del final del año, a regularizar en el primer semestre del ejercicio siguiente, visto el citado informe anual.
 2. En el anexo IV figuran las TTP sometidas a uso tutelado. Dicho anexo se revisará periódicamente por orden ministerial para recoger las TTP cuyo uso tutelado esté vigente en cada momento.
- Cuatro. Se incorpora un anexo IV con el siguiente contenido:

ANEXO IV Técnicas, tecnologías y procedimientos en uso tutelado
--

Técnica, tecnología y procedimiento	Coste compensable por proceso, de acuerdo con el protocolo
Tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA.	1.800 €

- Cinco. Se modifica la disposición final segunda que queda redactada de la siguiente forma:
Disposición final segunda. *Facultad de desarrollo.*

Se faculta a la Ministra de Sanidad y Política Social para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de lo previsto en este real decreto y, específicamente, para actualizar y modificar el contenido de sus anexos en los que se recogen los procesos, patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos que han de ser financiados con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

Disposición final segunda. Modificación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Se modifica el artículo 9 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, añadiendo una función a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, para lo cual se incorpora un nuevo apartado con la siguiente redacción:

h) La realización de las propuestas de uso tutelado, a iniciativa del Ministerio de Sanidad y Política Social o de alguna de las Comunidades Autónomas.

Disposición final tercera. Título competencial.

Este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de sanidad.

Disposición final cuarta. Entrada en vigor.

El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL USO TUTELADO Y SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

En el campo de la medicina los avances conducen a una incesante renovación de las técnicas, tecnologías y procedimientos utilizados en la atención sanitaria, lo que, por un lado, contribuye a la mejora de la prevención, del diagnóstico o del tratamiento de las enfermedades. Por otro lado, es uno de los factores de crecimiento del gasto sanitario público. Sin embargo, hasta fechas recientes la introducción de los avances tecnológicos en los centros sanitarios públicos se venía realizando en la mayoría de las ocasiones sin una evaluación previa sobre su efectividad ni su eficiencia frente a otras alternativas.

Sólo existía un procedimiento reglado para la incorporación a la financiación pública de los avances tecnológicos en el caso de los medicamentos, en los que las principales decisiones sobre su puesta en el mercado, su precio y su inclusión en las prestaciones públicas están controladas por la administración sanitaria, y con un nivel menor de regulación, los productos sanitarios, que requieren el marcado CE para su comercialización en España, pero a diferencia de los medicamentos, su precio es libre y no hay una decisión expresa sobre su financiación por el Sistema Nacional de Salud, excepto para los efectos y accesorios que forman parte de la prestación farmacéutica y en menor medida, para la prestación ortoprotésica.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud remarca la necesidad de la evaluación para actualizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y contempla, entre los procedimientos a utilizar para esta evaluación, el uso tutelado.

Así, el artículo 21 de la citada ley establece que las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidos a evaluación por el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores propuestos por las Comunidades Autónomas.

En el artículo 22 se regula el uso tutelado, indicando que tendrá como finalidad establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de una técnica, tecnología o procedimiento antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Se realizará con arreglo a un diseño de investigación, por períodos de tiempo limitados, en centros expresamente autorizados para ello y de acuerdo con protocolos específicos destinados a garantizar su seguridad, el respeto a la bioética y el logro de resultados relevantes para el conocimiento.

Por otra parte, el artículo 22.3 señala que el uso tutelado se financiará con cargo al Fondo de cohesión al que se refiere el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de conformidad con las normas por las que se rige dicho fondo. Sin embargo, actualmente, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, no desarrolla la financiación de los usos tutelados, dado que desde la aparición de dicho real decreto no se había iniciado ningún uso tutelado.

Además, la disposición adicional quinta de la citada Ley 16/2003 establece que el Fondo de cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español.

El uso tutelado se planteó como un mecanismo de actualización de la cartera de servicios, aplicable a determinadas técnicas, tecnologías y procedimientos sobre los que no se dispone de información suficiente para poder elaborar un informe de evaluación o pronunciarse los expertos sobre su seguridad, eficacia y eficiencia, antes de ser financiados con carácter general por el sistema sanitario público.

Una experiencia previa sobre esta materia fue el acuerdo de 25 de octubre de 1999 del pleno del Consejo Interterritorial, por el que se decidía someter a uso tutelado a seis técnicas (trasplante autólogo de condrocitos, esfínter anal artificial, tratamientos neuroquirúrgicos del Parkinson, endoprótesis en aneurisma de aorta abdominal, tomografía de emisión de positrones -PET- y cirugía de la epilepsia).

Para cada uso tutelado había un órgano evaluador de tecnologías sanitarias que era responsable de la dirección técnica del mismo. Se caracterizaban por llevarse a cabo por un periodo de tiempo limitado, en centros expresamente designados por los servicios de salud y de acuerdo a un protocolo consensuado con los clínicos y sociedades científicas implicados.

Una vez concluido el periodo de cada uso tutelado, el órgano evaluador de tecnologías sanitarias que lo dirigía técnicamente elaboró un informe que reflejaba la seguridad, eficacia, eficiencia de la técnica, su utilidad respecto a otras existentes, las repercusiones organizativas de su introducción, su repercusión económica y, si procedía, las recomendaciones sobre las condiciones más idóneas para aplicar la técnica, tecnología o procedimiento, con el fin de que la administración sanitaria contara con elementos de juicio para decidir sobre su financiación en el Sistema Nacional de Salud.

La información obtenida a través de los usos tutelados se fue presentando en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y sirvió de base para la toma de decisiones sobre su inclusión en la cartera de servicios, de modo que permitieron acotar las indicaciones de algunas de las técnicas sometidas a uso tutelado en el real decreto sobre cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud que en esos momentos se estaba tramitando (por ejemplo, inclusión de la PET en indicaciones oncológicas o del esfínter anal como tratamiento de segunda elección en determinadas circunstancias). En definitiva, tras la experiencia llevada a cabo desde 1999, el uso tutelado ha mostrado ser un instrumento útil para la actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, a pesar de algunos puntos débiles detectados (falta de respaldo normativo, financiación de la atención, escasa agilidad, etc.).

Por este motivo, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, hace una referencia expresa al uso tutelado al establecer en su artículo 7.5 que para llevar a cabo la actualización se deberá utilizar el procedimiento de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de una técnica, tecnología o procedimiento, como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros.

Por tanto, el uso tutelado constituye un filtro para la entrada de nuevas tecnologías en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que facilita su uso a todos los usuarios que las precisen, a la vez que trata de garantizar su seguridad y permite recopilar los datos necesarios para tomar una decisión, fundada sobre información objetiva, acerca de su incorporación o no en la cartera de servicios.

Para llevar a cabo el uso tutelado, es necesario que unas o varias Comunidades Autónomas implanten la técnica en determinados centros que atenderían a los pacientes de las restantes Comunidades Autónomas, permitiendo de ese modo generar la información necesaria para la toma de decisiones. De esta forma, los usos tutelados siempre han de estar limitados respecto al tiempo -que ha de ser el necesario para demostrar la seguridad, eficacia y eficiencia de una técnica, tecnología o procedimiento-, y respecto a los centros en los que se desarrollen, que serán los designados por las respectivas Comunidades Autónomas.

En este proyecto se regulan los aspectos relativos a las condiciones de realización de los usos tutelados y se incluye como anexo IV al Real Decreto 1207/2006 que regula el Fondo de cohesión, el caso concreto del uso tutelado de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA.

La lipoatrofia es un efecto secundario de la propia infección VIH y del tratamiento antirretroviral con una patogenia desconocida y multifactorial. La forma más llamativa de las alteraciones morfológicas es la pérdida de la grasa subcutánea (lipoatrofia) que suele afectar a la cara (lipoatrofia facial), a los brazos, a la región glútea y a las piernas, bien como forma única de expresión o combinada con otros síndromes clínicos, como la lipohipertrofia con diferentes grados de acumulación grasa en diversas partes de la anatomía: región cervicodorsal, mamas y abdomen. El resultado final es un cambio indeseable de la imagen corporal del paciente, lo que conduce a situaciones de discriminación de estas personas. En el momento presente, la lipoatrofia constituye uno de los efectos secundarios más frecuentes e importantes, por su impacto físico y psicológico, de la terapia antirretroviral de alta eficacia (TARGA). Según el Grupo de Estudios de Alteraciones Metabólicas (GEAM), podría hablarse de unos 12.000 pacientes con lipoatrofia, aunque no todos ellos son susceptibles de intervención.

Es importante tener en cuenta que los nuevos fármacos antirretrovirales han disminuido la aparición de la lipoatrofia, dado que tienen unos perfiles metabólicos mucho más ajustados. Por tanto, es previsible que en el futuro haya un considerable descenso del número de pacientes susceptibles de presentar este cuadro clínico y por tanto, de recibir este tratamiento, aun cuando se introdujera con carácter general en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Hasta ahora se han intentado diferentes pautas de tratamiento para la lipoatrofia no habiendo demostrado eficacia en la mayoría de los casos. La única técnica paliativa rápida y con resultados visibles desde el primer momento ha sido la cirugía reparadora con diferentes productos, como la implantación de grasa autóloga o los derivados poliácridamídicos y polialquilamídicos.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, no incluye explícitamente los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia. Aunque excluye de la financiación todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con finalidad estética, que no guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita, dado que la lipoatrofia facial está relacionada con los tratamientos antirretrovirales, las asociaciones de afectados consideran que no habría motivo para su exclusión y han solicitado en diversas ocasiones al Plan Nacional sobre el SIDA, la inclusión de los tratamientos quirúrgicos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

En consecuencia, el tema del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia había sido abordado en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación en varias ocasiones. En la reunión de la Comisión de 15 de febrero de 2007, el Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias comentó la falta de evidencia científica concluyente sobre la eficacia y efectividad comparadas de los tratamientos considerados, tanto en cantidad como en calidad, por lo que se acordó seguir recabando información para la toma de decisión al respecto.

La inclusión de nuevos servicios en la cartera de servicios comunes viene regulada por la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, que desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera, cuyas bases se establecían en el Real Decreto 1030/2006. En dicha orden se señalan los diversos pasos del procedimiento de actualización y se indica el papel a realizar por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial, en la que participan representantes de cada una de las Comunidades Autónomas y Mutualidades de Funcionarios.

El 22 de julio de 2008 se ha recibido una solicitud de inclusión del tratamiento de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA procedente de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, de acuerdo con lo previsto en la citada Orden SCO/3422/2007.

Esta solicitud de inclusión en la cartera de servicios se planteó en el Pleno del Consejo Interterritorial, celebrado el 11 de septiembre de 2008, proponiéndose la realización de un uso tutelado, dado que la evidencia científica disponible hasta la actualidad no confirma de forma concluyente la seguridad y eficacia de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial, especialmente a medio y largo plazo.

La Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, en la reunión de 22 de octubre de 2008, acordó el modo en que se llevará a cabo dicho uso tutelado, proponiendo que la dirección técnica corriera a cargo de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.

Con la puesta en marcha del uso tutelado, se conseguiría la equidad en el acceso a esta prestación para todos los usuarios que la requieran -actualmente tienen grandes dificultades para ser intervenidos-, a la vez que se obtendría la información necesaria para determinar la seguridad, eficacia y eficiencia de las diferentes técnicas, con el fin de poder respaldar, en su caso, la decisión sobre su inclusión o no, con carácter generalizado, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Para ello, es preciso regular el procedimiento por el que se llevarán en la práctica los usos tutelados, basado en la experiencia extraída de la prueba piloto llevada a cabo desde 1999, con el fin de corregir los puntos débiles detectados en dicha prueba.

Por otra parte, resulta necesario hacer efectivas las previsiones de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, respecto a la financiación de los usos tutelados, por lo que mediante este proyecto de norma se modifica el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de cohesión, para incluir las referencias precisas al uso tutelado en su articulado.

Asimismo se añade un anexo IV a dicho Real Decreto 1207/2006, en el que se recoge el uso tutelado de la lipoatrofia facial, que es el que actualmente va a ser autorizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y se establece el correspondiente importe a compensar.

Finalmente, se actualizan las funciones de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, incluyendo entre las mismas la realización de las propuestas de uso tutelado, a iniciativa del Ministerio de Sanidad y Política Social o de alguna de las Comunidades Autónomas, ya que no se señalaba explícitamente esta función entre las que contemplaba el artículo 9 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

MEMORIA ECONÓMICA DEL PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL USO TUTELADO Y SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud remarca la necesidad de la evaluación para actualizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, contemplando, entre los procedimientos a utilizar para esta evaluación, el uso tutelado. El artículo 22.3 señala que el uso tutelado se financiará con cargo al Fondo de cohesión al que se refiere el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de conformidad con las normas por las que se rige dicho fondo. Sin embargo, actualmente, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de cohesión, no desarrolla la financiación de los usos tutelados.

La inclusión de nuevos servicios en la cartera de servicios comunes viene regulada por la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, que desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera, cuyas bases se fijaban en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En esta orden se señalan los diversos pasos del procedimiento de actualización y se indica el papel de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial, en la que participan representantes de cada una de las Comunidades Autónomas y Mutualidades de Funcionarios. El 22 de julio de 2008 se ha recibido una solicitud de inclusión del tratamiento de la lipoatrofia facial procedente de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, de acuerdo con lo previsto en la citada Orden SCO/3422/2007.

A la vista de todo ello, se planteó en el Pleno del Consejo Interterritorial, celebrado el 11 de septiembre de 2008, la realización de un uso tutelado, dado que la evidencia científica disponible en la actualidad no confirma de forma concluyente la seguridad y eficacia de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial, especialmente a medio y largo plazo. En este proyecto se regulan diferentes aspectos del uso tutelado y se incluye como anexo IV al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de cohesión, el caso concreto de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA.

Para hacer una estimación de los costes de la atención de los pacientes en este uso tutelado a través del Fondo de cohesión, habría que tener en cuenta que se trata de implantar sustancias, fundamentalmente, polialquilamídicas o poliácridamídicas, o bien grasa autóloga, a personas con lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA. Se trata de una intervención ambulatoria que no requiere ingreso del paciente.

Se parte de la siguiente información:

- Población con lipoatrofia facial: El Grupo de Estudios de Alteraciones Metabólicas (GEAM) estima una prevalencia de lipoatrofia en diferentes estadios ya susceptibles de ser intervenidos del 15% al 18% de los pacientes en tratamiento con antirretrovirales. Dado que en España el Plan Nacional sobre el SIDA estima que hay unas 75.000 personas en tratamiento antirretroviral, podría considerarse que la población actualmente con lipoatrofia facial podría situarse en torno a una media de 12.250 personas.

Además, se estima que hay unos 2.500 nuevos casos de infección por VIH al año, de los cuales un 50-60% inician tratamiento antirretroviral y de ellos, un máximo del 10%, tendrían problemas de lipoatrofia, ya que los actuales antirretrovirales originan menos problemas de lipoatrofia, al tener unos perfiles metabólicos mucho más ajustados. Por tanto, se estaría hablando de una media de unos 138 nuevos casos de lipoatrofia al año.

Posibles usuarios de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial: Para calcular el número de personas a intervenir hay que tener en cuenta dos bloques de usuarios:

- a) por un lado, los pacientes que actualmente ya padecen lipoatrofia porque llevan años sometidos a tratamiento antirretroviral.
- b) por otro lado, los nuevos casos de lipoatrofia que se puedan ir produciendo cada año de los que dura el uso tutelado.

a) Se parte de la hipótesis de que realmente se intervendrían el 50% de los pacientes con lipoatrofia facial (unos 6.125), puesto que algunos pacientes ya se han operado, otros no están interesados en la intervención o no aceptan hacerla y otros no van a estar en condiciones de someterse a los tratamientos, ya que existen una serie de criterios a aplicar para poder hacer la intervención:

- Lipoatrofia facial grados moderado-severo.
- Situación médica estable (no infecciones oportunistas activas).
- No alteraciones en la coagulación.
- No estar en tratamiento con inmunosupresores ni con corticoides.
- No estar embarazadas.

Además, hay que tener en cuenta que los pacientes no se intervendrían todos el primer año, sino que los tratamientos se realizarían a lo largo de los tres años en los que va a llevarse a cabo el uso tutelado, lo que significaría una media de 2.042 pacientes anuales.

b) Por otra parte, una vez intervenidos los actuales afectados, es previsible que se produzcan muchos menos nuevos casos, ya que los actuales antirretrovirales no originan tantos problemas de lipoatrofia.

Si, de acuerdo con los criterios que se han indicado en el punto a), también se intervinieran el 50% de los candidatos, el número de pacientes nuevos que se someterían anualmente a tratamiento quirúrgico se estima en unos 70 afectados.

- Coste unitario de la técnica: En función de la técnica utilizada, los costes son variables. Los escasos estudios económicos realizados hasta la fecha señalan que el coste global de las intervenciones podría situarse en torno a los 2.500 €, siempre que no se requiera ingreso hospitalario. En la actualidad la intervención es ambulatoria en la práctica totalidad de los casos.

Según los datos facilitados por las empresas que comercializan los productos utilizados en estas intervenciones a la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, el coste del implante en el sistema sanitario público está entre 166,92 €/ml y 200 €/ml (dependiendo del tipo de sustancia utilizada en cada caso). El coste de la sustancia a implantar, si se aplica una cantidad de 9 ml a cada paciente, oscila entre 1.500 € y 1.800 €, dependiendo del tipo de sustancia, lo que representa una media de 1.650 € por paciente.

- Coste de compensación: En el proyecto de norma se establece un coste de compensación de 1.800 euros por usuario atendido.

Por tanto, el coste compensable propuesto (1.800 €) cubriría en todos los casos el 100% del implante y podría estimarse que supondría un 72% del coste medio global de las intervenciones, en el que se englobarían los costes del implante y de los medios necesarios para llevar a cabo estas intervenciones (personal, quirófanos, material fungible, etc.).

Costes estimados del uso tutelado:

Duración prevista del uso tutelado: 3 años (de octubre de 2009 a octubre de 2012).

Durante los tres años que durará el uso tutelado se intervendrán los 6.125 pacientes que actualmente ya tienen lipoatrofia facial y son candidatos a la intervención, más los 70 nuevos casos anuales (210 en los tres años) que se van a ir produciendo.

Coste anual: Cada año habría que intervenir a 2.042 posibles usuarios que ya padecen lipoatrofia facial y a 70 nuevos pacientes. Aplicando el coste de compensación previsto en la norma, resultaría un coste de 3.675.600 euros para los casos antiguos más 126.000 euros para los casos nuevos.

Por tanto, el coste anual de la compensación prevista en el proyecto por el tratamiento de todos los pacientes incluidos en este uso tutelado sería de 3.801.600 euros.

En resumen, los costes anuales estimados para el periodo 2009-2012, que es el plazo en el que está previsto que se desarrolle el uso tutelado que se regula en el proyecto de real decreto, serían:

AÑOS	COSTE ANUAL
<i>De octubre de 2009 a octubre de 2012</i> (periodo previsto de duración del uso tutelado)	<i>Año 2009: Un millón de euros desde la entrada en vigor de la norma (octubre de 2009). Resto de los años: 3.675.600 euros de los casos ya existentes + 126.000 euros de los nuevos casos que se producirán en cada uno de los años. Total: 3.801.600 euros cada año.</i>

En la actualidad, el descenso paulatino del volumen de pacientes derivados entre Comunidades autónomas para su atención sanitaria es un hecho constatado, por ejemplo, en el segundo informe (septiembre de 2007) del Grupo de Trabajo para el Análisis del Gasto Sanitario creado por la I Conferencia de Presidentes Autonómicos, aunque el aumento del coste medio por paciente derivado ha hecho incrementarse, en términos absolutos el importe global de esas derivaciones.

Este hecho ha tenido su reflejo en los fondos transferidos con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS), que, debido a su mecanismo de compensación basado en saldos netos entre Comunidades en el caso de procedimientos de Anexo I y II, ha experimentado un descenso año tras año que se refleja en la siguiente tabla referida a los últimos ejercicios regidos por la actual normativa (Real Decreto 1207/2006) reguladora del Fondo.

Evolución liquidaciones provisionales y definitivas FCS				
	2007	2008	2009 Mín	2009 Máx
Liquidación provisional	105.619.068	98.500.323	93.033.304	
Liquidación definitiva	101.100.364	99.043.836	91.221.496	94.881.098
Variación liquidación def./provis.	-4,28	0,55	-1,95	1,99
Diferencia con crédito FCS	-2.009.274	47.254	7.869.594	4.209.992

A la vista de estos datos, la tendencia es clara en el sentido apuntado en los párrafos anteriores. La previsión de liquidación definitiva para 2009 oscila entre un mínimo de 91,2 millones de euros y un máximo de 94,88 millones de euros, lo que implica que quedarían sin realizar en 2009 entre 7,8 y 4,2 millones de euros, por lo que no parece que la cuantía actualmente dotada (99.091.090 euros) del crédito destinado al Fondo de Cohesión necesite ser ampliada, como consecuencia de la nueva modalidad de asistencia prevista en este proyecto de real decreto.

No obstante, dado que no se disponía en el momento de iniciar el procedimiento de elaboración, de datos sobre la liquidación provisional de 2009, se ha previsto para el periodo desde la entrada en vigor de la norma hasta final de 2009 una ampliación de crédito por un importe de un millón de euros con destino a la Sección 26 “Ministerio de Sanidad y Política Social”, Servicio 12 “Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección”, Programa 3110 “Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”, Concepto 453 “Fondo de Cohesión Sanitaria”, con cargo al crédito del mismo importe que será dado de baja en la aplicación presupuestaria 26.123110.454.

Este mecanismo, cuya aplicación en 2009 parece revelarse innecesaria a la vista de los datos reflejados en el Sistema de Información del Fondo (SIFCO), puede sin embargo ser aplicado en ejercicios sucesivos, si las cifras obtenidas en el momento del cálculo de la liquidación provisional -primer semestre de cada ejercicio- hiciesen previsible una mayor necesidad de financiación.

Por último, hay que señalar que el objetivo de este uso tutelado es obtener información que permita decidir si se incluyen estos tratamientos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud o no. Si una vez finalizado el uso tutelado, a la vista de sus resultados, se decidiera incorporar los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial en la cartera de servicios, mediante la correspondiente orden ministerial de actualización, los costes futuros se reducirían considerablemente, ya que la gran mayoría de los afectados estarían operados. Los candidatos a intervenirse anualmente serían 70 nuevos casos en toda España, a los que habría que añadir las posibles reintervenciones debidas a la reabsorción a largo plazo de los productos implantados, que sería uno de los puntos a estudiar en el uso tutelado. Actualmente, se estima que una parte de los pacientes podrían necesitar una pequeña reintervención a los tres años, cuyo coste sería aproximadamente una quinta parte del de la intervención inicial (360 euros).

Por tanto, en el periodo de 2013 a 2015, en el que ya habría finalizado el uso tutelado que se regula en el proyecto de norma, si se incluye en la cartera de servicios, los costes anuales de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA serían los de intervenir a los 70 nuevos casos (126.000 euros), incrementados en 760.320 euros como máximo, correspondientes a las reintervenciones de los pacientes tratados tres años antes, es decir, un total de *886.320 euros anuales*. A partir de 2016, los costes aún serían inferiores, ya que anualmente sólo habría que tratar a los 70 nuevos casos (126.000 euros) y reintervenir, como máximo, a otros 70 pacientes tratados tres años antes (25.200 euros), lo que supondría un total de *151.200 euros anuales*.

REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA LA COMISIÓN NACIONAL DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.

Cumpliendo con lo establecido en la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción humana asistida, el Real Decreto 415/1997, de 21 de marzo, creó la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida – en adelante la Comisión - como un órgano colegiado de carácter permanente y consultivo, dirigido a orientar acerca de la utilización de estas técnicas y colaborar con las administraciones públicas en lo relativo a esta materia y sus derivaciones científicas.

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida - que deroga la anterior - en su artículo 20, establece el objeto, la composición y las funciones de la Comisión.

Como consecuencia de ello, el Real Decreto 906/2007, de 6 de julio modificó el Real Decreto 415/1997, introduciendo nuevas funciones que la Ley 14/2006, asignó al Órgano colegiado y constituyendo una Comisión Técnica que facilitara el trabajo del Pleno.

La consolidación de las técnicas básicas de reproducción humana asistida ha resultado en una práctica de rutina asistencial, plenamente incorporada a la cultura colectiva y de enorme aceptación social. Sin embargo, el desarrollo en los últimos años de nuevos avances en técnicas de reproducción humana asistida, como el diagnóstico preimplantacional, la genética reproductiva, las técnicas de diagnóstico mínimamente invasivas, etc., ha conducido a una necesidad de análisis de aspectos más especializados relacionados con las nuevas posibilidades técnicas y científicas.

Este hecho, unido a las nuevas atribuciones que la ley 14/2006, de 26 de mayo, confiere a la Comisión, requieren de ésta una estructura más ágil y especializada que le dote de un funcionamiento más eficaz, dado que determinados asuntos exigen mayor grado de conocimiento y discusión técnica al mismo tiempo que una mayor celeridad en el análisis y en la toma de acuerdos, a pesar de las complejidades técnicas y científicas que conllevan.

Por ello, con el fin de mejorar la operatividad de la Comisión, el presente Real Decreto modifica su composición, reduciendo el número de sus miembros y aumentando su cualidad científica y técnica, pero con estricto cumplimiento de la representación que establece el artículo 20.2 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo.

También, para lograr la máxima agilidad cuando se estime necesaria, el Real Decreto permite que tanto el Pleno como el Comité Permanente previsto, puedan constituirse y adoptar acuerdos por medios electrónicos, según lo establece la Disposición Adicional Primera de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Por último, tal como lo dispone el Real Decreto 1133/2008, de 4 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida queda adscrita a la Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes, cuyo Director será su Presidente.

En la tramitación de este Real Decreto ha emitido informe favorable el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, con la aprobación previa de la Ministra de Administraciones Públicas, de acuerdo con el dictamen del Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión de dispongo:

Artículo 1. *Naturaleza y fines.*

1. La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida – en adelante la Comisión - es un órgano colegiado, de carácter permanente y consultivo, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, adscrito a la Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes, cuyos fines son:

- a) Asesorar y orientar sobre la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida.
- b) Contribuir a la actualización y difusión de los conocimientos científicos y técnicos en esta materia.
- c) Elaborar criterios funcionales y estructurales de los centros y servicios donde las técnicas se realizan.

Artículo 2. *Composición*

1. La Comisión estará integrada por el Presidente, el Vicepresidente, los vocales y el Secretario.

2. Los vocales de la Comisión estarán relacionados con alguno de los distintos aspectos científicos, jurídicos o éticos de las técnicas de reproducción humana asistida y tendrán la siguiente distribución:

- a) Dos representantes designados, uno de ellos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y otro por el Ministerio de Justicia.
- b) Dos representantes designados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de entre los propuestos por las Comunidades Autónomas.
- c) Un experto en Bioética designado por la persona titular de la Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes.
- d) Un representante de la Organización Nacional de Trasplantes.
- e) Tres representantes designados por tres sociedades científicas, de ámbito estatal, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida, elegidas atendiendo a criterios de representatividad, implantación estatal y grado de implicación científica en el conocimiento y los avances de las técnicas de reproducción asistida. Cada sociedad designará a uno.

- f) Dos representantes designados, uno por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y otro por el Consejo General de Colegios Oficiales de Biólogos.
 - g) Un representante designado por el Consejo de Consumidores y Usuarios.
3. Todos los vocales serán nombrados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
 4. El período del mandato de los vocales será de cuatro años renovable por otros cuatro, previa conformidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 3. *Funciones*

Las funciones de la Comisión son las siguientes:

1. Informar sobre el desarrollo y actualización de conocimientos científicos, en relación con las técnicas de reproducción asistida contempladas en la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
2. Proponer criterios y normas para la mejor orientación en la utilización de dichas técnicas.
3. Informar y proponer criterios en relación con el estudio de los donantes y usuarios de las técnicas de reproducción asistida.
4. Estudiar, actualizar y proponer la lista de enfermedades genéticas y hereditarias que puedan ser detectadas con el diagnóstico preimplantacional a efectos de prevención o terapéutica.
5. Informar y proponer criterios acerca de los requisitos técnicos y funcionales para la autorización y homologación que, con carácter general, deben cumplir los centros y servicios donde se realicen las referidas técnicas y los respectivos equipos biomédicos.
6. Colaborar en la elaboración de normas y protocolos de funcionamiento de los centros o servicios donde se apliquen las técnicas.
7. Elaborar e informar directrices para el seguimiento y evaluación de los resultados y complicaciones de estas técnicas, así como de los centros que las realizan.
8. Evaluar los resultados de los proyectos autorizados de investigación y experimentación que se realicen con fines científicos, diagnósticos o terapéuticos, sobre la infertilidad humana, las técnicas de reproducción asistida y los gametos o preembriones.
9. Asesorar a las Administraciones competentes, en la elaboración, desarrollo y aplicación de la normativa sobre reproducción asistida.

10. Informar y asesorar a las Administraciones sanitarias competentes en relación con la publicidad científico-técnica, campañas publicitarias, divulgativas o similares, que sobre la reproducción asistida, sus centros, servicios, aplicaciones, o sus derivaciones, puedan producirse, con independencia de quien fuera la entidad patrocinadora de los mismos y el soporte utilizado a tal fin.

11. Asesorar con respecto a los estudios tendentes a la actualización de la legislación vigente en materia de reproducción humana asistida.

12. Informar con carácter preceptivo en los siguientes supuestos:

a) La autorización de una técnica de reproducción humana asistida con carácter experimental, no recogida en el anexo de la Ley 14/2006, de 26 de mayo.

b) La autorización ocasional para casos concretos y no previstos en la citada Ley de las técnicas de diagnóstico preimplantacional, así como en los supuestos previstos en su artículo 12.2.

c) La autorización de prácticas terapéuticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley.

d) La autorización de los proyectos de investigación en materia de reproducción humana asistida.

e) En el procedimiento de elaboración de disposiciones generales que versen sobre materias previstas en la citada Ley, o directamente relacionadas con la reproducción asistida.

f) En cualquier otro supuesto legal o reglamentariamente previsto.

13. Cualesquiera otras que le fueran encomendadas o solicitadas por las Administraciones sanitarias competentes.

Artículo 4. Informes de la Comisión.

1. Podrán recabar informe o asesoramiento de la Comisión los órganos de gobierno de la Administración general del Estado y de las comunidades autónomas, así como las comisiones homólogas que se constituyan en ellas.

2. Cada uno de los centros o servicios sanitarios en los que se apliquen técnicas de reproducción humana asistida podrá también solicitar informe a la Comisión a través de la Autoridad Sanitaria que le autorizó la aplicación de estas técnicas.

3. Será preceptivo el informe de la Comisión en los supuestos previstos en el artículo 3.12.

Artículo 5.- Órganos

Los órganos de la Comisión son los siguientes:

1. El Pleno.

2. El Presidente.

3. El Vicepresidente.

4. El Secretario.

5. El Comité Técnico Permanente.

Artículo 6. *El Pleno*

1. El Pleno estará integrado por el Presidente, el Vicepresidente, lo vocales mencionados en el artículo 2.2 y el Secretario.
2. El Pleno se reunirá por convocatoria de su Presidente al menos dos veces al año.
Podrán también convocarse reuniones extraordinarias cuando lo soliciten, como mínimo, un tercio de sus componentes.
3. El Pleno quedará válidamente constituido con la presencia del Presidente, del Secretario y de, al menos, la mitad de los vocales a los que se hace referencia en el artículo 2.2.

Artículo 7. *El Presidente*

La Presidencia de la Comisión será desempeñada por la persona titular de la Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes.

Al Presidente le corresponden las funciones contempladas para dicho cargo en el artículo 23.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y las que se le asignen en el Reglamento Interno de la Comisión.

Artículo 8. *El Vicepresidente*

La Vicepresidencia de la Comisión será desempeñada por la persona titular de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Se establece que en casos de vacante, ausencia, enfermedad u otra causa legal, el Presidente será sustituido por el Vicepresidente.

Artículo 9. *El Secretario*

El Secretario será designado por el Presidente de la Comisión. Podrá ser uno de sus miembros o una persona que preste sus servicios en el Ministerio de Sanidad y Consumo. En el primero de los casos tendrá voz y voto, en el segundo tendrá voz pero no voto. Ejercerá las funciones que le son propias, tanto en el Pleno como en el Comité Técnico Permanente.

Artículo 10. *El Comité Técnico Permanente*

Se constituirá un Comité Técnico Permanente compuesto por los siguientes miembros de la Comisión:

1. El Presidente o persona en quien delegue.
2. El Secretario.

3. Los miembros que representen a las tres sociedades científicas a las que se hace referencia en el artículo 2.2.e)
4. El experto en Bioética de la Comisión.
5. El representante de la Organización Nacional de Trasplantes.

El Comité estudiará, analizará y elevará al Pleno propuesta de informe en los supuestos previstos en el artículo 3.12.

Artículo 11. *Asesores externos*

Cuando la Presidencia de la Comisión lo considere oportuno y con carácter temporal, podrán incorporarse al Pleno y al Comité Técnico Permanente asesores externos que colaborarán como expertos, con voz pero sin voto.

Artículo 12. *Funcionamiento*

1. Para su funcionamiento, la Comisión aprobará su Reglamento interno. En lo no previsto en dicho Reglamento y en este Real Decreto, se aplicará la regulación sobre órganos colegiados del Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.
2. La Comisión, en el ejercicio de sus funciones, podrá solicitar informe a otros órganos de la Administración Pública.
3. El Pleno de la Comisión y el Comité Técnico Permanente podrán constituirse y adoptar acuerdos por medios electrónicos, conforme a lo previsto en la Disposición adicional primera de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.
4. Los miembros de la Comisión no percibirán remuneración alguna por el ejercicio de sus funciones. Aquellos que tengan la condición de personal al servicio de la Administración General del Estado podrán percibir las indemnizaciones que procedan, en los términos previstos en la normativa reguladora de las indemnizaciones por razón del servicio.
5. Los miembros de la Comisión que no tengan la condición de personal al servicio de la Administración General del Estado, así como los expertos a los que hace referencia el artículo 11, tendrán derecho a que les sean abonados los gastos ocasionados como consecuencia de su asistencia a las reuniones a las que sean convocados, de acuerdo con lo que establece la normativa reguladora de las indemnizaciones por razón del servicio.

Artículo 13. *Sede*

La sede de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida se fija en el Ministerio de Sanidad y Consumo, sin perjuicio de que se puedan celebrar reuniones en otros lugares y localidades.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Queda derogado el Real Decreto 415/1997, de 21 de marzo, por el que se crea la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

Disposición final Primera. *Habilitación para el desarrollo*

Se habilita al Ministro de Sanidad y Consumo para que dicte cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo de este Real Decreto.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor*

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA LA COMISIÓN NACIONAL DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.

La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida – en adelante la Comisión - se creó mediante el Real Decreto 415/1997, de 21 de marzo, cumpliendo el mandato establecido en la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción humana asistida, como órgano consultivo dirigido a asesorar sobre la utilización de las mismas.

Posteriormente, la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida deroga la que le precede y asigna a la Comisión nuevas funciones, por lo que, mediante el Real Decreto 906/2007, de 6 de julio, se modificó el anterior introduciendo estas nuevas competencias y creando una Comisión Técnica Permanente que facilitara el trabajo del Pleno. De nuevo, la norma creadora de la Comisión sufrió otra modificación con el Real Decreto 1133/2008, de 4 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tanto la Ley de 1988 como la del 2006 obligaban a que la Comisión tuviera representantes designados por el Gobierno de la Nación, las comunidades autónomas, las distintas sociedades científicas, entidades, corporaciones profesionales y asociaciones y grupos de representación de consumidores y usuarios, relacionados con los distintos aspectos científicos, jurídicos y éticos de la aplicación de estas técnicas. Desde su creación las normas que han regulado la Comisión han fijado en 26 primero y posteriormente en veintinueve el número de miembros que la componen en representación de los distintos sectores establecidos legalmente.

En los últimos años, el desarrollo de nuevos avances en técnicas de reproducción humana asistida, como el diagnóstico preimplantacional, la genética reproductiva, las técnicas de diagnóstico mínimamente invasivas, etc., ha conducido a una necesidad de análisis de aspectos más especializados relacionados con las nuevas posibilidades técnicas y científicas.

Este hecho junto con las nuevas funciones que la Ley 14/2006 asignó a la Comisión obligan a un nuevo planteamiento sobre su estructura, tanto por el carácter más técnico de estas tareas como por la mayor agilidad que requieren algunas de ellas, lo que nos conduce a la necesidad de otra regulación sobre su composición y funcionamiento que queda plasmada en esta norma.

El presente Real Decreto contiene 13 artículos, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

Las novedades que establece son las siguientes:

En primer lugar, en el artículo 1 la Comisión se adscribe a la Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes, según lo establecido en el Real Decreto 1133/2008.

En su artículo 2, se regula la composición de la Comisión, disminuyendo a quince el número de sus miembros, pero manteniendo la representación a la que obliga el artículo 20. 2 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo.

El artículo 5.5 cambia la denominación de la Comisión Técnica Permanente que pasa a denominarse Comité Técnico Permanente.

El artículo 10 da una nueva composición al Comité Técnico Permanente, incorporando al miembro del Pleno experto en Bioética y al que representa a la Organización Nacional de Trasplantes.

En el artículo 7 la Presidencia de la Comisión se le asigna al Director General de Terapias Avanzadas y Trasplantes, en coherencia con el artículo 1.

En el artículo 9 se establece que el Secretario será designado por el Presidente de la Comisión, pudiendo serlo un miembro de la misma, en cuyo caso tendrá voz y voto, o una persona al servicio del Ministerio de Sanidad y Consumo que tendrá voz pero no voto.

Por último, el artículo 12.3 prevé la posibilidad de que tanto el Pleno como el Comité Técnico Permanente puedan constituirse y adoptar acuerdos por medios electrónicos, lo que les dará mayor agilidad y operatividad en el cumplimiento de sus competencias

Con el fin de evitar múltiples modificaciones que alterarían la claridad normativa y perjudicarían el conocimiento y localización de las disposiciones que regulan esta materia, se ha optado por la aprobación de una norma que regule nuevamente la Comisión, recogiendo las modificaciones del Real Decreto 415/1997, de 21 de marzo, e introduciendo las novedades referidas sobre su adscripción orgánica, composición y funcionamiento, en vez de aprobar otra norma más de modificación que habría dado lugar a que la Comisión estuviera regulada por cuatro disposiciones diferentes.

MEMORIA ECONÓMICA DEL REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA LA COMICIÓN NACIONAL DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.

El contenido del presente Real Decreto no conlleva gasto público, salvo, cuando proceda, las indemnizaciones por razón del servicio para los miembros de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida y asesores externos que se incorporen al Pleno o al Comité Técnico Permanente, que tengan la condición de personal al servicio de la Administración General del Estado; para los que no lo son, los gastos ocasionados como consecuencia de su asistencia a las reuniones a las que sean convocados. Todo ello, en los términos previstos en la normativa reguladora de las indemnizaciones por razón del servicio.

Teniendo en cuenta que este Real Decreto disminuye de 29 a 15 el número de miembros que componen la Comisión, se presume que el costo por estos conceptos será menor.

En cualquier caso, estos gastos se financiarán con cargo a las dotaciones presupuestarias disponibles en el Ministerio de Sanidad y Consumo

Por tanto, el Real Decreto no conlleva incremento del gasto público.



RELEVO HISTÓRICO EN EL COM DE JAÉN: EMILIO GARCIA DE LA TORRE SUCEDERÁ A ANTONIO LUNA

*** “TENEMOS LA SANIDAD MEJOR EQUIPADA QUE NUNCA Y LA GENTE SE FÍA MENOS QUE NUNCA. ESE ES EL PROBLEMA...”**

*** “MI PRIMERA ASAMBLEA DE LA OMC SERÁ EN LÉRIDA EL DÍA 23. ACUDIRÉ A ELLA PONIENDO “RUMBO A LO DESCONOCIDO”**

EL RELEVO EN EL COM DE JAÉN YA SE HA PRODUCIDO. DESDE LA CAÍDA DEL SOL DEL PASADO SÁBADO, EMILIO GARCÍA DE LA TORRE ES EL NUEVO PRESIDENTE DEL COLEGIO. SU DISCURSO Y SUS PRIMERAS PALABRAS SUENAN PRUDENTES. LLEGA BIEN ACONSEJADO POR ANTONIO LUNA, PERO SABE QUE LA SANIDAD ES UN ÁMBITO COMPLEJO Y QUE TENDRÁ QUE DARLO TODO DESDE EL PRINCIPIO. EN TODO CASO, SU VOZ AMABLE Y LAS ENORMES GANAS QUE TRANSMITE, SON UN GRAN COMIENZO...

→ ¿Cuáles son los principales puntos que resaltó en su discurso de investidura?

→ Fueron muchísimos. Los dividí en 16. Intentamos darle una vuelta a toda la problemática que cree nuestra junta directiva que tiene la Sanidad en concreto en Jaén y en Andalucía. Los puntos principales están relacionados con saber por qué hay tantas agresiones a médicos. En segundo lugar, queremos defender al médico en todos los ámbitos y a todos los niveles. Porque pensamos que es la labor más importante que tiene el colegio. En tercer lugar, mantener una relación directa con la Administración. Queremos intentar ser críticos con la Administración, pero a la vez leales y colaboradores. También deseamos fomentar la investigación y la docencia dentro del colegio.

→ ¿Cómo ve usted el panorama actual de la Sanidad en Andalucía?

→ El panorama sanitario en Andalucía lo veo bien y mal. Porque lo que es incomprensible es que teniendo los medios que tenemos ahora, los mejores que hemos tenido nunca, teniendo las consultas mejor equipadas que nunca, los profesionales mejores, la gente cada vez se fía menos de la Sanidad. ¿Por qué? No lo sabemos. El principal problema es la falta de seguridad que parece que la gente tiene con la Sanidad. O al menos, esa es la impresión que estamos teniendo.

→ ¿Qué puede decir de su antecesor, Antonio Luna?

→ En mi discurso el sábado pedí que por favor no me comparen con él. Él ha puesto el listón demasiado alto. Y creo que va a ser imposible poder llegar a parecerme a él. Antonio Luna es mi amigo, mi compañero... Siempre he confiado al máximo con él.

→ ¿Hereda usted la vicepresidencia del Consejo Andaluz de Médicos...?

→ No, tendrá que haber nuevas elecciones en el Consejo Andaluz y de ahí saldrá la Vicepresidencia. Quien la hereda no es vicepresidente sucesor. Quien la hereda es quien sea designado por las elecciones del Consejo Andaluz.

→ ¿Cómo ve al Consejo Andaluz?; ¿Qué nuevas ideas desea usted aportarle?

→ Sólo he tenido una reunión con el Consejo Andaluz. Todavía no sé bien como funciona. Pienso que necesitaré, por lo menos, 4 ó 5 meses para enterarme de su funcionamiento. Pienso defender los puntos de mi programa y los que pueden afectar a nuestra colegiación ante las autoridades del SAS. Todavía no puedo decir qué es lo que puedo aportar, porque no sé todavía como funciona.

→ Habla de potenciar las relaciones con la Administración ¿cómo se puede hacer?

→ Las relaciones las veo muy bien. Han pasado momentos difíciles. Pero ahora creo que son excelentes. Ahora, esas relaciones excelentes, hay que potenciarlas más. Una de las cosas que pido es que los Colegios participen en el diseño de políticas. La Sanidad debe contar más con los Colegios Médicos de lo que se ha hecho hasta hoy. Y nosotros nos ofrecemos a colaborar...

→ ¿Le hace ilusión acudir a una Asamblea de la OMC?

→ La primera Asamblea va a ser en Lérida los próximos días 23 y 24 de Octubre. Y por supuesto que me hace ilusión. Voy con ganas de conocer aquello. Y con ganas de saber qué es exactamente la OMC como institución. La verdad, no tengo ni idea de lo que me voy a encontrar, a pesar de que Antonio Luna me ha hablado mucho sobre ello. Voy un poco hacia lo desconocido...

“La Sanidad, elemento dinamizador de la economía”, conferencia de la Consejera de Sanidad gallega

PILAR FARJAS ASEGURA QUE LA INVERSIÓN EN SANIDAD ES UN ELEMENTO DINAMIZADOR FUNDAMENTAL EN LA ACTUAL SITUACIÓN DE CRISIS ECONÓMICA

- La titular de Sanidad del Gobierno gallego ha sido la invitada en el Encuentro para el impulso de las tecnologías de la salud, organizado por la Fundación Bamberg, con la colaboración de la Xunta de Galicia y Pfizer



La Consejera de Sanidad de Galicia, **Pilar Farjas** Abadía, ha sido la invitada y conferenciante del Ciclo sobre ‘Innovación y Gestión Sanitaria’ que la Fundación Bamberg, con la colaboración de la Xunta de Galicia y Pfizer, ha organizado el pasado viernes en Madrid. En la misma, la consejera ha asegurado que la inversión en sanidad es un “elemento dinamizador” fundamental en la actual situación de crisis económica en la que nos encontramos.

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 **Francisco J. García Pascual**, director de relaciones institucionales y comunicación de Pfizer, *“estos encuentros contribuyen a impulsar el uso racional de las tecnologías de la salud y a crear un debate de reflexión necesario entre todas las entidades relacionadas con la salud para avanzar en la continuidad y en la mejora del sistema sanitario”*.

En la conferencia, titulada “La sanidad, elemento dinamizador de la economía”, Pilar Farjas ha citado los tres ejes estratégicos sobre los que se va a sustentar el modelo sanitario que la Xunta quiere implantar en Galicia: orientación de la acción sanitaria en el paciente; calidad, austeridad y eficiencia en la gestión; e inversión en dotaciones de infraestructuras para dinamizar la economía.

Este plan de inversión, aseguró, está destinado a reforzar el sistema sanitario. Así, la consejera ha señalado que se está dando un impulso a las infraestructuras, priorizando las inversiones que potencien las nuevas áreas asistenciales integradas -como es el caso de los centros de alta resolución-, e invirtiendo en infraestructuras y tecnologías para posicionar a los centros sanitarios en situación de vanguardia.

Como ejemplo de esta línea de acción, mencionó que estas inversiones supondrán, en el periodo de 2010-2013, dotar de un nuevo hospital a las áreas sanitarias de Vigo y Pontevedra, con una inversión de más de 500 millones de euros.

Además, está previsto construir nuevos centros de salud en atención primaria, centros de alta resolución, así como proceder a la remodelación, mantenimiento y funcionamiento de los actuales, entre otras medidas.

Pilar Farjas informó, asimismo, de que en la sanidad, el sector de las tecnologías de la información y comunicación es imprescindible para mantener una asistencia de calidad, cuenta con un presupuesto de 35 millones de euros anuales y da trabajo a 250 personas en puestos de trabajo indirectos.

Paciente como centro del sistema

En su conferencia, la titular de Sanidad gallega abogó por modernizar la sanidad, situando al paciente como centro de un sistema con una atención humana y en tiempo, con garantías de equidad en la prestación de servicios.

En este proceso de modernización el paciente deberá tener mayor protagonismo y mejor acceso a la información y en la participación de la gestión en el cuidado de su salud.

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.



PALABRAS DE PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y COMUNICACIÓN DE PFIZER, FRANCISCO J. GARCÍA PASCUAL, EN EL ENCUENTRO DE LA FUNDACIÓN BAMBERG CON LA CONSEJERA GALLEGA, PILAR FARJAS

Quisiera, para empezar, agradecer a la Fundación Bamberg la oportunidad que ha dado a Pfizer de participar y colaborar en este ciclo sobre 'Innovación y Gestión Sanitaria'. En la mejora de la salud de los ciudadanos, la industria biomédica juega un importante papel. Es uno de los principales motores del desarrollo científico e industrial de un país. Se trata de un sector innovador que realiza fuertes inversiones en I+D, lo que se traduce en la mejor garantía para aportar soluciones a los retos terapéuticos y para 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.

I+D+i Pfizer

Permítanme que me detenga para comentar brevemente el esfuerzo que Pfizer como compañía biomédica innovadora dedica a la investigación, ya que como tal tenemos un papel muy importante dentro de las estrategias para avanzar en este campo. 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. A lo largo de 2007, Pfizer destinó más de 5.500 millones de euros a investigación, según señala el último informe de la Unión Europea. La filial española de Pfizer se ha convertido en la compañía biomédica que más ensayos clínicos está desarrollando en España, en concreto hay en marcha 72 ensayos.

Actualmente, en España se están llevando a cabo proyectos de investigación con más de 25 nuevos medicamentos en diversas áreas como: cardiovascular, cáncer, patologías infecciosas e inflamatorias, trastornos psiquiátricos, enfermedades neurológicas y patologías respiratorias. Además, en Pfizer, apostamos por la colaboración con las entidades volcadas en la excelencia, ya que consideramos que la suma de fuerzas es un claro valor a la hora de conseguir logros en materia de salud.

Por último, señalar que Pfizer ha suscrito y promovido el reciente **compromiso de la industria farmacéutica como uno de los sectores emblemáticos del nuevo modelo productivo que necesita la economía española**. Este acuerdo, refleja el compromiso de Pfizer con 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.

Presentación de la Sra. Dña. Pilar Farjas Abadía

Ya entrando en la conferencia que nos ocupa, es un honor presentar y contar con la intervención de Dña. Pilar Farjas, consejera de Sanidad de Galicia, a quien agradecemos enormemente su presencia hoy en este foro. La amplia y dilatada trayectoria profesional de Dña. Pilar Farjas está marcada por importantes hitos y su reconocimiento político, público y social.

Intentando hacer un breve resumen de su extenso currículum académico, mencionar que es licenciada en Medicina y Cirugía en la Universidad de Zaragoza, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública vía MIR en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Diploma en Estudios Avanzados por la Universidad de La Coruña dentro del Programa de Doctorado de Medicina, licenciada en Sociología por la UNED, Médico de Empresa, Master en Bioestadística y Diplomada en Dirección.

Su primera etapa laboral como Médico de Sanidad Nacional la desempeñó en el Ministerio de Sanidad y Consumo, como responsable del Plan Nacional de Hemoterapia.

En 1992 se incorpora a los servicios de Sanidad Exterior de A Coruña.

Inició su andadura profesional en la Xunta de Galicia, en la Dirección General de Salud Pública, donde, después de cuatro años como Jefe de Servicio y Subdirectora de Protección de la Salud en el equipo de José Manuel Romay Beccaria, **fue nombrada en 1997 Directora General de Salud Pública en la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales**, puesto que ejerció hasta julio del año 2001.

En la etapa que transcurrió hasta hacerse cargo de la Dirección Ejecutiva de la AESA, desempeñó su trabajo como médico en la Unidad de Vacunas del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Complejo Hospitalario Juan Canalejo Universitario de A Coruña. Ha desempeñado el cargo de Directora Ejecutiva de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo en Madrid, de diciembre de 2002 hasta el mes de mayo de 2004, formando parte del equipo de Ana Pastor.

Tras un corto periodo de trabajo en el gabinete de la Consellería de Pesca e Asuntos Marítimos, con Enrique López Veiga, se reincorporó a su plaza de funcionaria de la Consellería de Sanidade como Jefe de Servicio de Productos Sanitarios.

Entre los proyectos desarrollados en este periodo destaca la gestión integrada de productos sanitarios, así como la coordinación de la elaboración de guías de buen uso de tiras de autoanálisis de glicemia, absorbentes y procedimiento de gestión de gases medicinales, entre otros.

En las elecciones municipales del 2007 se presentó como concejal del Partido Popular, siendo elegida como diputada provincial, cargos a los que se dedicó en exclusiva hasta ser elegida para formar parte del Gobierno de la Xunta de Galicia en abril del 2009.

A lo largo de su carrera profesional ha dirigido la publicación y es autora de diversos libros y artículos sobre Salud Pública, hemoterapia y vacunas, así como sobre políticas de Gestión y Calidad en las Administraciones Públicas y ha organizado y participado en congresos nacionales e internacionales sobre estas materias.

Cierre

Estamos seguros de que esta conferencia aportará importantes claves para innovación y gestión sanitaria, y cumplirá las expectativas y el alto interés que ha despertado. Sin más, agradecer una vez más a Dña. Pilar Farjas su presencia en este ciclo. Muchas gracias.

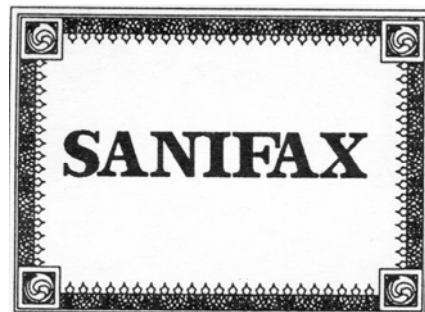
TRINIDAD JIMÉNEZ SE REÚNE EN PAMPLONA CON EL PRESIDENTE NAVARRO Y FIRMA UN CONVENIO PARA PROYECTOS DE DEPENDENCIA

La ministra de Sanidad y Política Social se reunirá con Miguel Sanz dentro de la ronda de encuentros que está manteniendo con los presidentes autonómicos

El Ministerio y la Comunidad firmarán un convenio para el desarrollo de proyectos de atención a personas dependientes

El Gobierno invertirá en estos proyectos cinco millones de euros con cargo al fondo extraordinario de dependencia del Plan de Estímulo de la Economía y el Empleo (Plan E)

Día:	Martes, 13 de octubre de 2009
Hora:	16:30 h. ▪ Reunión con el presidente de la Comunidad Foral de Navarra. <u>Medios gráficos</u> 17:30 h. ▪ Firma del convenio. Intervención de la ministra y del presidente. <u>Encuentro con los medios de comunicación</u>
Lugar:	Presidencia de Gobierno. Palacio de Navarra. Avd. Carlos III, nº 2



→ IBEX 25 DE LA SANIDAD ←

*** COTIZACIONES DE LAS 25 EMPRESAS "TOP" DE LA SANIDAD O RELACIONADAS CON ELLA, EN LAS BOLSAS DEL MUNDO.**

Del 2 al 9 de octubre de 2009.

Compañía	Bolsa	Cot. Cierre viernes 2	Cot Cierre viernes 9	Moneda
Abbott	Nueva York	49.84	50.08	Dólares
Agbar (Adeslas)	Madrid	17.67	17.30	Euros
Almirall	Madrid	8.68	9-04	Euros
Astra Zeneca	Londres	2749.45	2766.90	Peniques
Banco Guipuzcoano	Madrid	5.50	5.35	Euros
Bayer	Madrid	46.15	47.20	Euros
Bristol	Nueva York	22.26	22.47	Dólares
Cigna International	Nueva York	27.82	29.52	Dólares
Muench Rueck Seguros DKV	Frankfurt	110.70	113.73	Euros
FAES	Madrid	4.16	4.27	Euros
GlaxoSmithKline	Londres	1215.34	1235.34	Peniques
Grifols	Madrid	12.60	12.45	Euros
Johnson & Johnson	Nueva York	59.73	61.74	Dólares
Eli Lilly	Nueva York	32.51	33.78	Dólares
Mapfre	Madrid	3.00	3.17	Euros
Merck (MSD)	Nueva York	31.65	32.56	Dólares
Novartis	Zurich	51.20	51.45	F. Suizo
Pfizer	Nueva York	16.15	16.92	Dólares
Roche I	Zurich	169.90	172.00	F. Suizo
Rovi	Madrid	7.87	8.23	Euros
Sanofi-Aventis	Paris	49.70	51.29	Euros
Bayer Schering Phar	Frankfurt	106.10	106.10	Euros
Merck Kgaa	Frankfurt	66.60	67.94	Euros
Shire Pharm	Londres	1050.00	1025.00	Peniques
Zeltia	Madrid	4.57	4.56	Euros

COMENTARIO. LA I+D DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, EN EL EUROSTAT REGIONAL YEARBOOK.- LA SEMANA PASADA SE PUBLICO EL ANUARIO ESTADISTICO POR REGIONES DE LA UE, ELABORADO POR EUROSTAT. SE EVIDENCIA EL GAP ENTRE ESPAÑA Y LOS PAISES MAS AVANZADOS DE LA UE Y SE EVIDENCIA QUE EN ESPAÑA SIGUE HABIENDO UN NORTE Y UN SUR EN INVESTIGACION. UN INFORME DIGNO DE LEER Y TENER EN CUENTA POR EL GOBIERNO PARA QUE MEDITE MUCHO EL RECORTE PRESUPUESTARIO EN I+D QUE HA REALIZADO. SI NO SE ENMIENDA LA PLANA (RECORTE) ESPAÑA SE PODRIA ENCONTRAR EN UNOS AÑOS EN EL FURGON DE COLA EN I+D. **ASTRAZENECA** CIERRA CON **CZ VETERINARIA** LA VENTA DE LAS INSTALACIONES QUE TIENE EN O PORRIÑO (PONTEVEDRA) EN UNA OPERACIÓN SIN TRANSACCIÓN COMERCIAL, Y CON EL ÚNICO OBJETIVO ES GARANTIZAR EL EMPLEO Y ACTIVIDAD DE LA PLANTA EN EL FUTURO. ADEMÁS, **ASTRAZENECA Y CZ VETERINARIA**, A TRAVÉS DE SU FILIAL **BIOFABRI**, DEDICADA AL CAMPO FARMACÉUTICO, ACUERDAN UNA SERIE DE CONTRATOS COMPLEMENTARIOS POR LOS QUE LA MULTINACIONAL SE OBLIGA A MANTENER SU ACTIVIDAD DE ENVASADO DE MEDICAMENTO Y DE DISTRIBUCIÓN DURANTE UN PERIODO DE 30 MESES. SE ASEGURA ASI LOS PUESTOS DE TRABAJO. **ZELTIA** DESCARTA REALIZAR UNA AMPLIACIÓN DE CAPITAL DEBIDO A LA OPINIÓN POSITIVA DE LA EMEA PARA LA COMERCIALIZACIÓN DEL MEDICAMENTO 'YONDELIS'.

La cotizaciones se han obtenido de finanzas.com, invertia.com, yahoo.es y del Financial Times

“LA PRIVATIZACIÓN NO ES SUFICIENTE”.

- Por Juan ABARCA CIDÓN, director general del Grupo Hospital de Madrid

Vivimos tiempos difíciles para la sanidad. El gasto sanitario ha aumentado a un ritmo del diez por ciento en los últimos años y las previsiones más optimistas auguran que de aquí al 2020 se va a triplicar. Factores como el envejecimiento de la población, la cronificación de las enfermedades y el coste de la innovación tecnológica, sumados a la existencia de una sociedad cada más exigente por su amplia información, hacen que el modelo de cobertura universal que impera en nuestro país esté cada vez más comprometido. Sobre todo para aquellas patologías en las que los recursos y la innovación tecnológica no están al alcance de todo el mundo por igual, como por ejemplo el cáncer. La administración es consciente de que el modelo de gestión sanitaria que impera hasta ahora está regido por principios en los cuales la gestión es inexistente.



El descontrol y la incapacidad de modificar las cosas que existen en los departamentos de Recursos Humanos o en la gestión de medicamentos y productos sanitarios es tal que hace que el sistema, tal y como lo conocemos, roce la quiebra técnica. La descoordinación determinada por 17 modelos sanitarios que compiten entre sí para poder mantener la oferta sanitaria a su población, supervisados por un gobierno central cada vez con menos capacidad de cohesión, hace que los costes se disparen.

Y eso sí, todos están de acuerdo en que la sanidad privada es la «bicha» a la que no se deben acercar. Mientras los de un lado se empeñan en culpar a la «privatización» de todos los males de la sanidad, a pesar de que en las comunidades en las que gobiernan han cedido directamente la competencia sanitaria a la iniciativa privada, los privatizadores del otro se empeñan, pese a que ponen el modelo sanitario en manos de empresas privadas, en que no la están privatizando. Y es que, sea como fuere, son conscientes de que o se tratan de implantar principios de gestión elemental, intentando al menos controlar el gasto o no hay manera de mantener este modelo.

Pero con la privatización de la sanidad pública se controla el gasto de los nuevos proyectos y esto por sí sólo no es suficiente. Sigue sin haber la financiación necesaria. Hablar de la posibilidad de implantar sistemas de copagos es políticamente inviable y posiblemente injusto para la sociedad. Ahora bien, hay que saber que la sanidad privada de este país, que representa el 30 por ciento de la sanidad global y pivota mayoritariamente en el modelo asegurador, implica, por ejemplo, que en la Comunidad de Madrid de cada 1.800 euros de gasto por habitante y año, 500 euros sean financiados por la sanidad privada. Es decir, la sanidad privada, en el momento actual, ofrece una alternativa de alta calidad que en la gran mayoría de procesos es suficiente y alternativa a la sanidad pública y, además, supone una descarga voluntaria de los ciudadanos al modelo sanitario público que más valdría a las administraciones reconsiderar, facilitar y potenciar, para así poder asistir competentemente a aquellos que no se pueden permitir otra opción más que la sanidad pública.

La diferencia entre sanidad pública o privada es un debate hueco y estéril. Lo único que debe imperar en sanidad es realizar las cosas con eficiencia. Una eficiencia marcada por la eficacia, que tiene que venir definida por los resultados médicos y por el coste, que debe de ser lo más ajustado posible, independientemente de que sea de origen público o privado.

“TIJERETAZO A LA INVESTIGACIÓN” .- por Ana PASTOR

No es la primera ocasión en la que muestro mi desacuerdo de que el Ministerio de Sanidad y Política Social haya perdido las competencias en investigación biomédica. Que lo piense yo, tiene poca importancia, la importancia viene dada porque una parte fundamental de la investigación de nuestro país es biomédica y se lleva a cabo en nuestro Sistema Sanitario. Como lo es, que el Instituto de Salud Carlos III, desde su creación, ha formado parte del Ministerio de Sanidad, hasta que el Gobierno actual lo desgajó de él. Todo ello con ser negativo, no es lo peor. Las cuentas públicas del 2010 vuelven a reducir el presupuesto en I+D+i de una manera muy significativa tanto en el Ministerio de Industria, como en el de Ciencia e Innovación, como en el de Educación. El programa de investigación sanitaria se ha reducido en un 8,8 por ciento, el capítulo de subvenciones un 32,8 por ciento y en el Instituto de Salud Carlos III la reducción supera el 10%. En dos años el presupuesto de investigación ha caído más de un 19 por ciento. El Presidente del Gobierno desde el día siguiente de ganar las elecciones del 2004, lo recuerdo bien en una entrevista de radio, se erigió en el adalid de la ciencia y la innovación (cómo no recordar la famosa foto de los jardines de La Moncloa con un robot), pero los números, el presupuesto, le han dejado en evidencia. Por un lado, nos hablan de un nuevo modelo productivo y por el otro, reducen la inversión en lo que sin duda más puede contribuir a la creación de riqueza y valor añadido en nuestro país. Vamos a pedirle al Gobierno que rectifique, que rectifique estos Presupuestos por el bien de la ciencia, de nuestros magníficos investigadores y por el futuro de España.

**“CIENCIA Y CONCIENCIA”.- por el Dr. Bartolomé BELTRÁN**

La nueva píldora es un gran avance en contracepción, ya que es más eficaz que las anteriores, no contiene hormonas y no es abortiva, aunque muchos se empeñen en que lo sea. Funciona inhibiendo la ovulación e impidiendo la implantación del embrión a través de su principio activo, el acetato de ulipristal, un compuesto sintético que dificulta la acción de los receptores intracelulares de la progesterona, también conocida como «hormona del embarazo». La progesterona es una hormona responsable del desarrollo de caracteres sexuales secundarios en la mujer, y está implicada en el ciclo menstrual, el embarazo y la embriogénesis. Esta hormona actúa durante la primera etapa del ciclo, preparando al endometrio para la implantación del embrión. La acción del acetato de ulipristal es clara: al bajar los niveles de progesterona, el endometrio no se fija al útero y la implantación del embrión, en caso de fecundación, es imposible. Ezequiel Pérez

Campos, presidente de la Fundación Española de Contracepción, la considera «una antihormona que no permite la fecundación ni la implantación en el útero por lo que es eficaz durante cinco días. Este experto explicó que la píldora actual lo hace sólo en las 72 horas posteriores a la relación de riesgo y tiene una eficacia del 95 por ciento el primer día, baja al 85 por ciento, el segundo y el tercero se quedan en el 35 por ciento. Esto es porque impide la fecundación, pero no la anidación. Ahora la discusión está servida. Porque unos intentarán demostrar que la píldora no es abortiva. Si tenemos en cuenta que los criterios de la Organización Mundial de la Salud y de la American College of Obstetricians and Gynecologists dicen que el embarazo comienza varios días después de la fecundación, cuando se produce la anidación del óvulo fecundado en el útero.

EL TRIBUNAL SUPREMO OBLIGA AL ESTADO A PAGAR 140 MILLONES DE EUROS A LA COMUNIDAD DE MADRID POR SU COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

El Gobierno central deberá pagar a la Comunidad de Madrid más de 140 millones de euros por su colaboración en la gestión de la asistencia sanitaria no abonada entre 1999 y julio de 2004, según se desprende de una sentencia del Tribunal Supremo

El fallo judicial da la razón al Gobierno regional en la reclamación que presentó en diciembre de 2004 por los gastos que se le adeudaban como consecuencia de la prestación de la asistencia sanitaria a sus trabajadores.

La Comunidad ha venido colaborando con la Seguridad Social, haciéndose cargo de la gestión de la asistencia sanitaria de sus empleados a través de la Unidad de Prestaciones Asistenciales de Madrid (UPAM) hasta enero de 2009, fecha en la que este sistema de colaboración fue eliminado con la entrada en vigor de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2009.

Por la prestación de este servicio debería haber recibido la correspondiente compensación económica de conformidad con lo dispuesto en la ley de la Seguridad Social. "Pero el Estado hizo caso omiso de las obligaciones legalmente establecidas, y se negó a abonar la deuda contraída con la Administración madrileña", según informó ayer el Gobierno regional.

La Comunidad recurrió a los tribunales, que ya le dieron la razón en una primera instancia en el año 2007. El Estado recurrió luego en casación ante el Tribunal Supremo. Ahora el alto tribunal considera, entre otras razones, que "no resulta aceptable que una colaboración de décadas entre la empresa demandante en instancia y la administración de la Seguridad Social pueda quedar extinguida por voluntad tácita de la administración".



XLII DÍA DEL MÉDICO JUBILADO

EL DOCTOR TEODORO SACRISTÁN ALONSO NOMBRADO COLEGIADO MIEMBRO DE HONOR POR EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID

PROGRAMA DEL ACTO

DÍA: JUEVES, 15 DE OCTUBRE DE 2009-10-09

HORA: 10:00

- **A las 10,00 horas** Misa en el Gran Anfiteatro del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, en recuerdo de los compañeros fallecidos.
- **A las 11,00 horas** Asamblea General de la Sección
 - Apertura de la Asamblea por la Presidenta del ICOMEM. Prof. D^a Juliana Fariña González
 - Presentación por el Vocal de Médicos Jubilados. Dr. D. Angel Oso Cantero
 - Lectura del Acta de la Asamblea anterior y de la Memoria de la Sección 2008 – 2009
 - Nombramiento de Colegiados Miembros de Honor, con insignia de Oro a los doctores:
 - ***Dr. D. Teodoro Sacristán Alonso***
 - ***Dra. Dña. Asunción Gradín del Pozo***
 - Entrega de Diplomas e Insignias de Plata a los Colegiados Honoríficos nombrados desde la Asamblea Anterior.
- **A las 13,15 horas** Concierto Lírico a cargo de:

Soprana: Itxaso Moriones

Pianista: Julio Alexis Muñoz

- **A las 14,30 horas**

Almuerzo de Confraternidad en el Restaurante ORFEO, C/. Atocha, 125 (Frente al Colegio de Médicos)

LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE MADRID, EL INSTITUTO ROCHE Y LA UNIVERSIDAD CEU-SAN PABLO FIRMAN UN CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA CREACIÓN DE LA CÁTEDRA DE DIANAS TERAPÉUTICAS ROSALIND FRANKLIN-INSTITUTO ROCHE

Con 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, la Fundación Hospital de Madrid, el Instituto Roche y la Universidad CEU-San Pablo firman un convenio de colaboración para la creación de la Cátedra de Dianas Terapéuticas Rosalind Franklin-Instituto Roche, hoy martes, 13 de octubre, a las 11:00 horas, en la Sala de Juntas del Rectorado de la Universidad CEU-San Pablo. En el acto estarán presentes:

- Prof. Dr. D. Juan Martínez López de Letona, presidente de la Fundación Hospital de Madrid
- Dr. D. Juan Abarca Cidón, director general del Grupo Hospital de Madrid
- Dr. D. Jesús Peláez Fernández, director de Docencia e I+D+i del Grupo Hospital de Madrid
- Dr. D. Manuel Hidalgo Medina, director del Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC)
- Dr. D. Jaime del Barrio Seoane, director general del Instituto Roche
- Dña. María Jesús Alsar, miembro del Patronato del Instituto Roche
- D. Rafael Sánchez Saus, rector de la Universidad CEU-San Pablo
- Dr. D. Fernando López-Ríos, director de la Cátedra Cátedra de Dianas Terapéuticas Rosalind Franklin-Instituto Roche
- Dña. Elena Postigo Solana, vicerrectora de Investigación de la Universidad CEU-San Pablo
- Ilma. Sra. Dña. Inma Castilla de Cortázar, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo
- D. Miguel Ángel Pascual, director de la OTRI
- Dña. Marta Villar, secretaria general de la Universidad CEU-San Pablo

DÍA: Hoy, martes, 13 de octubre de 2009

HORA: 11:00 horas

LUGAR: Sala de Juntas del Rectorado de la Universidad CEU-San Pablo

c/ Isaac Peral, 58

LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE NATACIÓN DESIGNA A USP HOSPITALES SERVICIO MÉDICO DE ALTO RENDIMIENTO

- **Las dos instituciones firman un acuerdo para facilitar el mejor seguimiento médico a los nadadores del equipo nacional**
- **El acuerdo se prolongará hasta la celebración de los Juegos Olímpicos de Londres 2012**

USP Hospitales, el Grupo Hospitalario líder en España, con 36 centros repartidos por toda la geografía española y presencia en Portugal, Marruecos y Angola, ha sido designado Servicio Médico de Alto Rendimiento de la Real Federación Española de Natación. El acuerdo ha sido anunciado por D. Fernando Carpena, Presidente de la Federación, en el marco de la Gala Anual de la Natación, que ha tenido lugar esta noche en la sede del Comité Olímpico Español en Madrid. El acuerdo se prolongará hasta el 31 de julio de 2012, tras los Juegos Olímpicos de Londres.

Según Gabriel Masfurroll, Presidente y Consejero Delegado de USP Hospitales, “con esta alianza estratégica continúa nuestra firme apuesta por el deporte, ya que estamos convencidos de que deporte y salud constituyen un binomio inseparable. Contamos con los mejores equipos humanos y la más avanzada tecnología en el ámbito de la Medicina del Deporte y todo ello, sumado a nuestra experiencia, lo ponemos a disposición de nuestros nadadores para conseguir su máximo rendimiento deportivo.”.

Por su parte, Fernando Carpena, Presidente de la Real Federación Española de Natación, destaca que “nuestro objetivo es conseguir ofrecer a nuestros deportistas de élite los mejores especialistas y los mejores centros, en el marco de la intensa labor de planificación, coordinación y seguimiento de la preparación de los deportistas que representarán a España en las competiciones internacionales y especialmente en los Juegos Olímpicos. El apoyo de un grupo hospitalario como USP Hospitales constituye la mejor garantía de que están en buenas manos.”

En virtud del acuerdo, USP Hospitales desarrollará los servicios propios de la coordinación de un área de fisiología, liderada por el Dr. Iñigo Mujika, director técnico de USP Araba Sport Clinic. Se diseñarán los protocolos a utilizar en el seguimiento de los nadadores del equipo olímpico, se realizarán valoraciones en determinadas concentraciones y se evaluarán los resultados con el fin de optimizar la preparación para los Juegos Olímpicos. Además, USP Hospitales asesorará a la dirección técnica y al coordinador de los entrenadores en el desarrollo de los planes de preparación para el ciclo olímpico 2009-2012.

El centro de referencia establecido a tal efecto será USP Araba Sport Clinic (www.usparabsport.com), especializado en Medicina del Deporte, inaugurado el pasado 2 de abril y ubicado en la Ciudad Deportiva del Baskonia en Vitoria-Gasteiz.

El centro ofrece los servicios de Medicina del Deporte, Traumatología, Fisioterapia, Fisiología y Entrenamiento, Nutrición y Dietética, Medicina Rehabilitadora, Psicología, Neumología, Reumatología, Cardiología, Rehabilitación Cardíaca y Alergología, junto a los más modernos equipamientos y tecnología.

La elección de USP Hospitales como Servicio Médico de Alto Rendimiento obedece fundamentalmente a dos factores. Por una parte, la amplia experiencia de la compañía en Medicina del Deporte que la ha convertido en referente por parte de muchos deportistas nacionales e internacionales debido a su prestigioso cuadro médico y su innovadora tecnología. USP Hospitales cuenta con los mejores equipos de profesionales en Medicina del Deporte de nuestro país que ofrecen un servicio integral que abarca desde los reconocimientos médicos previos a la práctica del deporte, hasta dietas personalizadas, tratamiento de lesiones, cirugía y rehabilitación. Por otra parte, también se ha tenido en cuenta el hecho que USP Hospitales tiene centros sanitarios en prácticamente toda la geografía española, lo cual permite la atención personalizada de los diferentes deportistas independientemente del lugar donde realizan sus entrenamientos.

USP Hospitales es actualmente Servicio Médico Oficial del Comité Olímpico Español y de la Federación Española de Baloncesto, y lo ha sido de diversas competiciones como el Eurobasket 2007, el Trofeo Conde de Godó de Tenis 2007 - 2009, el Campeonato de España de Hípica Champions Global Tour celebrado el pasado mes de mayo, el Campeonato de Europa de Karate 2008 o el Mallorca Classic Golf 2007, entre otros. Sus centros, asimismo, atienden con asiduidad a deportistas de equipos de fútbol, baloncesto, ciclismo, atletismo, ciclismo, tiro, vela, motociclismo, etc.

El acuerdo también contempla la colaboración con USP Fundación Alex (www.fundacionalex.org), entidad sin ánimo de lucro centrada en la Salud, la Infancia y la Discapacidad y entre cuyos objetivos fundacionales figura la integración social de personas con discapacidad a través del deporte. Así, se estudiará colaborar en proyectos de ayuda a entidades que trabajan con niños en peligro de exclusión social o con alguna discapacidad, concretamente en actividades relacionadas con la práctica de la natación en personas con discapacidad.

Sobre USP Hospitales

Fundada en 1998 por su Presidente y Consejero Delegado, Gabriel Masfurroll, y con sede en Barcelona y oficinas en Madrid, USP Hospitales (www.usphospitales.com) es actualmente el Grupo Hospitalario independiente líder en España con una red de 38 centros sanitarios repartidos en España y con presencia en Portugal, Marruecos y Angola.

Con 3.600 profesionales y 3.000, la red hospitalaria atiende al año a más de dos millones de pacientes y registra 180.000 estancias, 70.000 intervenciones quirúrgicas, 8.500 partos y 200.000 urgencias. Desde su fundación, el grupo ha desarrollado una activa política de inversiones cifrada en €300 millones y ha cerrado el pasado ejercicio 2008 con una facturación de € 307.3 millones, lo que ha representado un incremento de un 12% sobre el año anterior, y un beneficio bruto de explotación (EBITDA) de €35,9 millones.

Desde el año 2006, con 8.000 consultas, su actividad se ha visto prácticamente duplicada

LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA ATIENDE MÁS DE 15.000 CONSULTAS AL AÑO

- En 2008, las situaciones de dependencia, violencia de género, inmigración o de precariedad económica constituyeron el eje primordial de atención de los trabajadores sociales sanitarios
- 7 profesionales integran esta Unidad del Departamento, que abarca Centros de Salud, Unidades de Salud Mental, Centros de Salud Sexual y Reproductiva y el propio Hospital Universitario de La Ribera
- Esta Unidad se encarga de valorar y orientar sobre la problemática socio-sanitaria de la población de la comarca, así como de los recursos existentes, bien sean residencias, centros de día, prestaciones económicas y complementarias, talleres de reinserción o gestión de minusvalías

La Unidad de Trabajo Social del Departamento de Salud de La Ribera atiende más de 15.000 consultas al año. Las situaciones de dependencia, violencia de género, inmigración o de precariedad económica constituyen el eje primordial de atención de estos trabajadores sociales sanitarios. La actividad de las trabajadoras sociales en el ámbito sanitario ha ido aumentando su actividad y su demanda en los últimos años. Si en el 2006 se atendieron en el Departamento cerca de 8.000 consultas, en el 2008 la cifra se duplicó prácticamente hasta alcanzar las 15.300. El eje primordial de atención de las trabajadoras sociales sanitarios a lo largo de 2008 fueron las situaciones de dependencia, violencia de género, inmigración o de precariedad económica. En este sentido, la unidad se encargó de informar sobre los recursos existentes, bien sean residencias, centros de día, prestaciones económicas y complementarias, talleres de reinserción o gestión de minusvalías.

La Unidad, compuesta por 7 trabajadoras sociales, abarca prácticamente toda la comarca, desde centros de salud (Carlet, Alginet, Alzira, Algemesí, Carcaixent y Benifaió), Unidades de Salud Mental, Centros de Salud Sexual y Reproductiva y el propio Hospital Universitario de La Ribera. Las profesionales de este servicio llevan a cabo una atención directa en el plano social, con el cual se realiza un estudio socio-familiar global, y se orienta, estudia y busca el recurso apropiado, para practicar un tratamiento social continuado. Los pacientes son derivados a esta unidad desde las plantas de hospitalización, consultas y urgencias por parte de los profesionales del centro que observan y consideran conveniente una intervención en el plano social. No obstante, también pueden ser los propios pacientes o sus familiares quienes se dirijan a este servicio. En palabras de Aurora Maestro, trabajadora social del Departamento de Salud de La Ribera, *"tratamos de propiciar espacios y perspectivas integrales, así como de establecer los nexos de unión entre el sistema de salud y el resto de servicios comunitarios, evaluando y ayudando a solucionar los problemas relacionados con situaciones personales, familiares o sociales que inciden en la salud"*.

Proyecto RIU

Respecto a la comunidad extranjera, la Unidad de Trabajo Social confirma que un alto número de las consultas atendidas corresponden a población inmigrante, con los que se mantiene una coordinación entre esta unidad y asociaciones o colectivos minoritarios. En este mismo sentido, recientemente finalizó el Proyecto RIU en el cual ha colaborado el Departamento de Salud de La Ribera. Este programa, desarrollado en el barrio de "El Raval" de Algemesí, potencia la formación de agentes de salud de base comunitaria con el fin de facilitar la promoción de la salud en minorías sociales y colectivos de distinta cultura. De entre las actividades llevadas a cabo a lo largo de estos meses, destacó la visita realizada a diferentes centros de salud y al Hospital Universitario de La Ribera. En ellas, los nuevos agentes de salud visitaron las áreas de Urgencias, Consultas Externas, Admisión y Hospitalización para conocer, desde la óptica del paciente, el funcionamiento y el uso adecuado de estos servicios.



**La sesión científica tendrá lugar el próximo martes 13 de octubre,
a las 19.00 horas en la sede de la RANM**

LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA RETOMA LAS SESIONES CIENTÍFICAS DE LOS MARTES CON LOS AVANCES EN LA CIRUGÍA DE LAS FÍSTULAS VESICOVAGINALES

- El Académico de Número Vicente Moya presenta el libro “Deontología Médica del Siglo XXI” que incluye una puesta de los principios éticos que deben guiar la conducta profesional del médico
- Los avances en la cirugía de las fístulas vesicovaginales, un problema al que se enfrentan los urólogos desde hace tiempo, serán analizados en la segunda sesión por el profesor José María Gil-Vernet

La Real Academia Nacional de Medicina (RANM) reanuda el próximo **martes 13 de octubre** sus sesiones científicas de los martes con la presentación del libro “*Deontología Médica del Siglo XXI*”, un manual que realiza una puesta al día de los principios y normas éticas que deben guiar la conducta profesional del médico y recoge aportaciones de expertos con amplia experiencia en diferentes áreas de la asistencia sanitaria. Esta sesión correrá a cargo del director de la obra y **Académico de Número Vicente Moya Pueyo**.

En la segunda sesión científica, el **Académico de Número José María Gil-Vernet Vila**, analizará los “*Avances en Cirugía de la fístula vesicovaginal compleja*”. El tratamiento de las fístulas vesicovaginales es un problema al que se enfrentan los urólogos desde hace mucho tiempo.

Desde el siglo XIX hasta la actualidad innumerables técnicas quirúrgicas han sido descritas para su tratamiento. A partir de 1989, se empieza a utilizar el cierre autoplástico de estas fístulas a través de un trozo de la propia vejiga, lo que ha conseguido solucionar estos casos por muy complejos que sean.

Sesiones científicas

A lo largo del Curso Académico y conforme a su regulación estatutaria, la RANM celebra todos los martes hábiles a las 19.00 horas Sesión Científica de carácter público en su sede de la calle Arrieta número 12, Madrid, en la que se exponen y debaten temas estrictamente científicos así como de interés médico-social; las ponencias impartidas que se retransmiten on line son publicadas en la revista trimestral Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, dándose a conocer una síntesis de las mismas de inmediato en la página Web abierta (www.ranm.es).

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL TERRENO DE JUEGO

- **La experiencia y la confianza con el jugador son claves para realizar un diagnóstico rápido y eficaz, según Juan Carlos Hernández, médico del primer equipo de fútbol**
- **En cada desplazamiento, el equipo de los Servicios Médicos Sanitas – Real Madrid lleva siempre dos baúles: uno con todos los medicamentos y otro con un desfibrilador, vitaminas e inyectables**
- **Un tubo de Guedel, sprays de frío y calor, una variedad de vendajes, grapas, puntos y pomadas para evitar hemorragias: fundamentales para asistir al jugador en el campo de juego**
- **Ante situaciones graves, muchos estadios –entre los que se cuenta el Santiago Bernabéu- disponen de un médico y un ATS especializados en emergencias**

El fútbol es un deporte de contacto, por lo que no es de extrañar que durante los partidos se produzcan lesiones tan frecuentes como contracturas musculares, todo tipo de roturas fibrilares y esguinces de tobillo y de rodilla. Cuando un futbolista del Real Madrid sufre una dura entrada y necesita atención médica, requiere un diagnóstico rápido y eficaz. En breves instantes, Juan Carlos Hernández, médico del primer equipo de fútbol, tiene que tranquilizar al jugador, analizar la posible lesión y calmar su dolor. Un trabajo que requiere años de experiencia y una habilidad innata para transmitir confianza al futbolista.

Las lesiones no sólo ocurren en el campo de fútbol. Es básico cubrir la liturgia del inicio de los partidos. El equipo de los Servicios Médicos Sanitas - Real Madrid llega habitualmente una hora y media antes de cada confrontación. Sus especialistas realizan vendajes, revisan el estado físico del jugador y facilitan el último medicamento. Antes de que los jugadores saltan a calentar, todo el trabajo médico debe estar hecho.

En cada desplazamiento, el equipo médico lleva siempre dos baúles. Uno, con todos los medicamentos, “una pequeña farmacia, por si hay que atender a cualquier jugador, a un directivo o al mismo entrenador”, asegura Hernández. El otro, con un desfibrilador, vitaminas e inyectables, que hay que llevar muy protegidos para que no se deterioren.

Mientras transcurre el partido, otro de los objetos imprescindibles es el maletín médico, cuyo contenido está compuesto por:

- Un tubo de Guedel. Se utiliza cuando hay una pérdida de conocimiento, por si hay alguna obstrucción de vía aérea.
- Un desfibrilador, necesario en casos de parada o reanimación cardiopulmonar.
- Vendajes. Se usan en casos de traumatismos, esguinces leves o cualquier golpe.
- Grapas, puntos, pomadas y cremas, para cortar y taponar las hemorragias, pues el árbitro no permite que ningún futbolista con sangre continúe en el terreno de juego.
- Spray de calor, que se utiliza sólo para problemas musculares
- Spray de frío, sirve para enfriar la zona en caso de un golpe o un traumatismo leve, así se calma el dolor y el jugador puede seguir jugando.

Transmitir seguridad al jugador

Aunque muchos creen que la botella de agua que se les ofrece a los jugadores durante la asistencia médica es milagrosa, nada más lejos de la realidad. Para el médico del primer equipo de fútbol del Real Madrid, “eso sirve sólo para que el jugador se refresque, quienes actuamos como tranquilizante, calmamos al jugador y le damos seguridad somos nosotros, los médicos deportivos”.

Los entrenadores exigen rapidez y eficacia el diagnóstico, de ahí que uno de los mayores problemas a los que se enfrenten sea el trabajo bajo presión. “En décimas de segundo tenemos que decidir si estamos ante una lesión grave o no. Y si es leve, si esa lesión le va a permitir seguir en el campo o no. Se trata de una valoración muy rápida, en la que no sólo influyen nuestros conocimientos y nuestra experiencia sino para la que también es necesario conocer al jugador y su historial médico, además de tener en cuenta su opinión”, afirma Juan Carlos Hernández.

Ante situaciones graves, el protocolo a seguir es el denominado RCP, la reanimación cardiopulmonar. Lo primero es buscar una vía aérea para que respire el jugador y después comprobar el estado del corazón, si tiene pulso e iniciar las maniobras del masaje. En caso de que no se produzca la reanimación, es necesario utilizar un desfibrilador. “En todos los campos de Primera y Segunda hay un maletín de urgencias, que proporciona la Liga de Fútbol Profesional, con material para poder hacer una reanimación cardiopulmonar básica. En muchos de ellos, además, hay un médico y un ATS especializados en emergencias, como ocurre en el Santiago Bernabéu. Sólo tengo que levantar la mano para que acudan y realicen la reanimación”, asegura el galeno de los servicios médicos.

Una vez finalizado el partido, la labor médica continúa, ya que los doctores comprueban el estado de cada jugador, uno por uno, y evalúan su situación, de cara al entrenamiento del día siguiente.

Grupo Sanitas

Especializado en salud y atención sociosanitaria, el Grupo Sanitas cuenta con más de 50 años de experiencia a sus espaldas. El Grupo incluye las compañías: Sanitas Seguros, Sanitas Residencial, Sanitas Hospitales y Sanitas Servicios de Salud.

Sanitas Seguros es la compañía líder en cuanto a clientes privados de seguros de asistencia médica y salud en España, con 1,96 millones de socios. La compañía gestiona dos hospitales y 48 centros médicos propios y colabora con más de 28.000 médicos y profesionales sanitarios y 527 clínicas y centros médicos de toda España. En 2008, la facturación de Sanitas Seguros fue de 980,5 millones de euros.

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

Sanitas Residencial se dedica a la atención de mayores y cuenta ya con 40 residencias para la tercera edad.

A través de Sanitas Servicios de Salud, el grupo ofrece, además, toda una nueva gama de servicios complementarios de salud y bienestar en sus centros propios (tratamientos estéticos, reproducción asistida, corrección de defectos de la visión, Test de Intolerancia Alimentaria o chequeos médicos) y a través de los centros de Mundosalud (cursos de pilates, acupuntura, homeopatía, tratamientos faciales y corporales).

GRUPO HEFAME Y CEU UNIVERSIDAD SAN PABLO, CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE OFICINA DE FARMACIA Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Hermanidad Farmacéutica del Mediterráneo cooperativa de distribución farmacéutica, en colaboración con la prestigiosa Universidad San Pablo CEU de Madrid, ha estudiado las necesidades de las farmacias, para que la gestión sea lo mas profesional y competitiva posible.

Con esta filosofía de empresa ha logrado poner a disposición de las farmacias un ambicioso proyecto de formación único en el sector: “1er Curso Universitario de Especialistas en Gestión de Oficina de Farmacia y Atención Farmacéutica”.

Objetivo del curso: Definir los nuevos escenarios que hacen de la gestión de la oficina de farmacia una necesidad, no solo desde el punto de vista administrativo y directivo centrada en la toma de decisiones estratégicas, sino desde el punto de vista de la mejora asistencial del paciente, mejorando la atención farmacéutica en la farmacia, ampliando el tiempo que el farmacéutico puede dedicar a la misma.

Esto se consigue con una gestión eficaz, sencilla, dinámica, de calidad y rentable de la oficina de farmacia. Algo que dominaran los asistentes a la finalización del curso.

Contenidos: 11 asignaturas que abarcan desde los primeros pasos en la adquisición o apertura de una nueva Oficina de Farmacia, hasta gestión integral de la misma (aprovisionamiento, RRHH, calidad, deontología, nuevas tecnologías, aspectos financieros..) y conceptos fundamentales de la atención farmacéutica.

Además de manera opcional se podrá optar a una estancia internacional de un año remunerada, o completar su formación de carácter sanitario, a través del Master Oficial de Atención Farmacéutica.

Metodología: la estructura académica del curso combina sesiones expositivas y practicas. Dirigido, a doctores y licenciados en farmacia, así como alumnos del último curso, y de forma especial a aquellos que ejercen su profesión en la Oficina de Farmacia / Atención primaria.

Periodo lectivo: octubre-2009, abril-2010

Lugar donde se imparte: Universidad San Pablo CEU-Madrid

Modalidad del curso: presencial



REF.: MUV/ml.

NOTA INFORMATIVA DE LA REUNIÓN 105ª DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO VETERINARIO 7 de octubre de 2009

El Comité de Evaluación de Medicamentos de uso Veterinario en su reunión de 7 de octubre de 2009 ha procedido a la evaluación de una serie de solicitudes de autorización de comercialización así como de solicitudes de modificación de las condiciones de autorización de los medicamentos ya registrados. De todas estas, han terminado el procedimiento y han recibido un dictamen favorable las solicitudes que se relacionan a continuación, quedando pendientes de emisión las correspondientes resoluciones de autorización por parte de la Dirección de la Agencia:

A. Solicitudes procedimiento Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

FARMACOLÓGICOS

- Solicitudes de autorización de comercialización de medicamentos farmacológicos

• CEFAMASTINA

- Solicitante: FATRO IBÉRICA, S.L.
- Nº de trámite: 08/0002 V nº RAEFAR 2007000812
- Tipo de solicitud: Genérico
- Sustancia activa: rifaximina, cefacetrilo de sodio

• SERIFLOX

- Solicitante: LATAC, S.L. - PRODUCTOS PARA PÁJAROS
- Nº de trámite: 08/0039 V nº RAEFAR 2008000979
- Tipo de solicitud: Completa Independiente/Sustancia Activa conocida
- Sustancia activa: enrofloxacino

- Variaciones tipo II de medicamentos farmacológicos

• ULFAPRISOL

- Solicitante: FATRO IBÉRICA, S.L.
- Nº de trámite: 2006/9606NAL/II/0001
- Nº de registro: 9606
- Tipo de solicitud: Supuesto C de la Circular 10/2000. Supresión sustancias activas: brovanexina, diaminoyodohidrato y monofenilbutazona
- Sustancia activa: trimetoprima, sulfadiazina sódica, brovanexina, diaminoyodohidrato y butil-fenil-pirazolidina

INMUNOLÓGICOS

- Variaciones tipo II de medicamentos inmunológicos

- **VANGUARD CPV**

- Solicitante: PFIZER, S.A.
- Nº de trámite: 2008/1256ESP/II/0003
- Nº de registro: 1256 ESP
- Tipo de solicitud: Cambio en las indicaciones de uso: Vacunación de cachorros y perros sanos frente a la enfermedad producida por Parvovirus canino (Tipos 2a, 2b y 2c)
- Sustancia activa: virus Parvovirus canina (cepa nl-35-d)

- **VANGUARD 7**

- Solicitante: PFIZER, S.A.
- Nº de trámite: 2008/9448IMP/II/0003
- Nº de registro: 9448 IMP
- Tipo de solicitud: Cambio en indicaciones de uso: vacuna polivalente para prevención de las infecciones causadas por virus moquillo canino, hepatitis infecciosa, parvovirus (Tipo 2a, 2b y 2c) y trastornos respiratorios generados por adenovirus tipo 2 y parainfluenza
- Sustancia activa: virus moquillo, Parainfluenza canina, Parvovirus canino, Leptospira canicola y Adenovirus canino

B. Solicitudes de Autorización de Comercialización de los procedimientos comunitarios.

B.1. Solicitudes de Autorización de Comercialización procedimiento de Reconocimiento Mutuo

Procedimientos que han superado el Día 90: 30 de septiembre de 2009

- **GESTAVET HCG 1000 / PMSG 2000 polvo y disolvente para solución inyectable en cerdos (España como RMS)**
- Solicitante: Laboratorios HIPRA, S.A.
- Tipo de Solicitud: Extensión de línea.
- Sustancia activa: Gonadotropina sérica (PMSG) y Gonadotropina coriónica (HCG)
- Especies de destino: porcino
- **FERTIPIG LIOFILIZADO Y DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE PARA CERDOS**
- Solicitante: Ceva Sante Animale
- Tipo de Solicitud: Uso bien establecido
- Sustancia activa: Gonadotropina coriónica y gonadotropina sérica equina
- Especies de destino: porcino

- **LADOXYN 500 MG/G GRANULADO PARA SOLUCIÓN ORAL PARA CERDOS, POLLOS Y PAVOS**
- Solicitante: Lavet Pharmaceuticals Ltd.
- Tipo de Solicitud: Extensión de línea; completa/sustancia activa conocida. Adición de especies productoras de alimento.
- Sustancia activa: Hiclato de doxiciclina.
- Especies de destino: cerdos, pollos y pavos.
- **MILBEMAX COMPRIMIDOS MASTICABLES PARA PERROS**
- Solicitante: Novartis Sanidad Animal S.L
- Tipo de Solicitud: Extensión de línea; completa/sustancia activa conocida. Adición de forma farmacéutica.
- Sustancia activa: Milbemicina oxima y Prazicuantel.
- Especies de destino: perros
- **MILBEMAX COMPRIMIDOS MASTICABLES PARA PERROS PEQUEÑOS Y CACHORROS**
- Solicitante: Novartis Sanidad Animal S.L
- Tipo de Solicitud: Extensión de línea; completa/sustancia activa conocida. Adición de forma farmacéutica.
- Sustancia activa: Milbemicina oxima y Prazicuantel.
- Especies de destino: perros

B.2. Solicitudes de Autorización de Comercialización procedimiento Descentralizado

Procedimientos terminados, día 210: 30 septiembre de 2009

- **EQUIPARIN 50.000 IU/100 g GEL PARA CABALLOS**
- **EQUIPARIN 5.000 IU/100 g GEL PARA CABALLOS**
- Solicitante: Animedica GMBH
- Tipo de Solicitud: Genérico.
- Sustancia activa: heparina sódica, hydroxyethylsalicylate, levomenthol
- Especie de destino: caballos
- **PHENOLEPTIL 12.5 mg COMPRIMIDOS PARA PERROS**
- **PHENOLEPTIL 50 mg COMPRIMIDOS PARA PERROS**
- Solicitante: Le Vet BV
- Tipo de Solicitud: Híbrida
- Sustancia activa: Fenobarbital
- Especie de destino: perros
- **DOLAGIS 120 mg COMPRIMIDOS MASTICABLES PARA PERROS**
- Solicitante: Sogeval Laboratories
- Tipo de Solicitud: Extensión de línea.
- Sustancia activa: Carprofeno
- Especie de destino: perros

- **TORPHASOL 4 mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE PARA PERROS Y GATOS**
- Solicitante: Animedica GMBH
- Tipo de Solicitud: Uso veterinario bien establecido
- Sustancia activa: Butorfanol
- Especie de destino: gatos y perros
- **SINTEM 800 mg/g, POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL PARA BOVINO (TERNEROS) Y CERDOS**
- Solicitante: Dopharma Research B.V
- Tipo de Solicitud: Genérico.
- Sustancia activa: Sodium Salicylate
- Especie de destino: Terneros, Cerdos

Asimismo, el Comité de Evaluación de Medicamentos de uso Veterinario en esta misma reunión ha emitido una opinión favorable al procedimiento extraordinario de revalidación y revalidación quinquenal y actualización por el procedimiento de Homologación de las autorizaciones de comercialización de los medicamentos veterinarios que se citan a continuación, estando pendientes de emisión de las correspondientes resoluciones por parte de la Dirección de la Agencia:

- **DEXINVET**
- Solicitante: MEVET, S.A.
- Nº de trámite: 184RQ
- Nº de registro: 6420 Nal
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal extraordinaria
- Sustancia activa: dexametasona fosfato sodico
- **CORDEXVALL**
- Solicitante: MEVET, S.A.
- Nº de trámite: 185RQ
- Nº de registro: 10891 Nal
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal extraordinaria
- Sustancia activa: dexametasona 21 fosfato
- **BUTASYL**
- Solicitante: FORT DODGE VETERINARIA, S.A.
- Nº de trámite: 196RQ
- Nº de registro: 8246 Impl
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal extraordinaria
- Sustancia activa: fenilbutazona y salicinato de sodio
- **BOVECTIN**
- Solicitante: CHEMO IBERICA, S.A.
- Nº de trámite: 442RQ
- Nº de registro: 1607 ESP
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal ordinaria
- Sustancia activa: ivermectina

- **BACIPREMIX 50**
- Solicitante: ANDRÉS PINTALUBA, S.A.
- Nº de trámite: 444RQ
- Nº de registro: 1269 ESP
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal ordinaria
- Sustancia activa: bacitracina - zinc
- **PRALGEN SOLUCIÓN INYECTABLE**
- Solicitante: LABORATORIOS DR. ESTEVE, S.A.
- Nº de trámite: 445RQ
- Nº de registro: 1387 ESP
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal ordinaria
- Sustancia activa: ketoprofeno
- **RESPIDOX**
- Solicitante: INSEFARM S.L.
- Nº de trámite: 448RQ
- Nº de registro: 1557 ESP
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal ordinaria
- Sustancia activa: doxiciclina (hiclato)
- **FENUTÍN**
- Solicitante: INSEFARM, S.L.
- Nº de trámite: 449RQ
- Nº de registro: 1566 ESP
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal ordinaria
- Sustancia activa: enrofloxacino
- **DOXIBLEND**
- Solicitante: INSEFARM, S.L.
- Nº de trámite: 450RQ
- Nº de registro: 1577 ESP
- Tipo de solicitud: Circular 2/2005. Revalidación Quinquenal ordinaria
- Sustancia activa: doxiciclina hiclato



London, 30 September 2009
Doc. Ref. EMEA/HMPC/611604/2009

COMMITTEE ON HERBAL MEDICINAL PRODUCTS (HMPC)

Meeting report, 16-17 September 2009

The HMPC held its 31st meeting at the EMEA on 16-17 September 2009.

Upon recommendation from the MLWP, the HMPC adopted the following draft Community herbal monographs, to be released for public consultation until 15 January 2010:

- Draft 'Community herbal monograph on *Cimicifuga racemosa* (L.) Nutt., rhizoma' (EMA/HMPC/600717/2007)
- Draft 'Community herbal monograph on *Vitex agnus castus* L., fructus' (EMA/HMPC/144006/2009)

The draft Community herbal monographs, together with a draft list of references used during the assessment will be published in due course. The HMPC decided to release during the consultation period the preliminary draft assessment report which supports these draft monographs, on an exceptional basis, considering the complexity of the assessment.

They will be available on the EMEA website at:

<http://www.emea.europa.eu/htms/human/hmpc/hmpcmonographs.htm>

The assessment of *Centella asiatica* (L.) Urban, herba did not result in a draft Community herbal monograph because all data examined by the HMPC/MLWP concerning specific products known to be on the European market do not refer to a herbal preparation. The HMPC adopted a draft public statement (EMA/HMPC/579663/2009), which will be released for public consultation until 15 January 2010; the committee looks forward to receiving additional data if available to allow the preparation of a monograph.

Report from the Working Party on Community Monographs and Community List (MLWP)

The MLWP held its 22th meeting at the EMEA on 14-16 July 2009. The preparation of the Community herbal monographs and related documents on Hamamelidis cortex, Hamamelidis folium, Hamamelidis folium et cortex aut ramunculus destillatum, Juniperi pseudo-fructus, Salviae folium, Taraxaci folium and Taraxaci radix cum herba was finalised at the meeting. The texts will be transmitted to the HMPC for adoption in November.

In addition to the work that supported the adoption of the above-mentioned documents by the HMPC, the MLWP made significant progress on the scientific work relating to Hyperici herba and Curcumae longae rhizoma.

The MLWP discussed the monograph on Gentianae radix together with the respective comments received during the public consultation period; further discussion is scheduled at the November 2009 meeting. The MLWP also discussed draft monographs on Vitis viniferae folium, Arctii folium and Uvae ursi folium and the preparation of monographs on Visci albi herba and Chelidonii herba.

The MLWP appointed Rapporteurs for the preparation of Community herbal monographs/Community list entries on Juniperi aetheroleum and Rhodiolae roseae rhizoma.

The MLWP discussed the proposal for a draft Community herbal monograph on Leonuri cardiaca herba submitted by an interested party in accordance with the 'Procedure on management of proposals submitted by interested parties for Community list entries or Community herbal monographs' (EMEA/HMPC/328575/2007). A Rapporteur is going to be appointed.

With a view to initiating assessment work on several herbal substances, calls for the submission of scientific data have been published. They can be found at:

<http://www.emea.europa.eu/htms/human/hmpc/hmpcdata.htm>

An updated 'Overview of status of HMPC assessment work – September 2009 (EMEA/HMPC/278067/2006)' will be published on the EMEA website at:

<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/hmpc/27806706en.pdf>

The MLWP work programme for 2010 was adopted and will be published on the EMEA website at:

http://www.emea.europa.eu/htms/general/contacts/HMPC/HMPC_MLWP.html

The HMPC endorsed the draft programme of an Assessors Training on Clinical Safety and Efficacy assessment for herbal medicinal products scheduled for 23 November 2009. The programme includes presentations by renowned speakers to bring their expertise in various fields including evidence-based medicine, Health Technology Assessment beyond RCTs and systematic reviews.

The next meeting of the MLWP is scheduled for 9-11 November 2009.

Quality Drafting Group (Q DG)

There was no meeting of the Q DG since June 2009.

The HMPC was provided with a brief overview of the comments received during the public consultation on the draft 'Reflection paper on stability testing of herbal medicinal products and traditional herbal medicinal products' (EMEA/HMPC/3626/2009). The committee also noted that comments had been received on the draft 'Guideline on selection of test materials for genotoxicity testing for traditional herbal medicinal products/herbal medicinal products' (EMEA/HMPC/67644/2009).

The Q DG will further progress these documents during its next meeting on 14 October 2009.

Other relevant information

The HMPC heard various presentations during which suggestions and comments were raised addressing the committee's expectations in the field of herbal medicinal products where relevant. The presentations were on:

- the legal proposals on pharmacovigilance with a representative from the Pharmaceuticals Unit bringing clarification on the proposals and their adoption by co-decision procedure at European Parliament and Council levels
- the preparation of the European Medicine Agency Road Map to 2015
- the Joint Heads of Medicines Agencies / European Medicines Agency Training Project Team 'Draft Strategy for Regulatory and Scientific Training within the European Regulatory Network' (EMEA/460027/2009).

Finally, the HMPC met representatives from ESCOP to celebrate the launch of the ESCOP monographs Second Edition 2009 supplement. A report from the meeting can be found at:

<http://www.emea.europa.eu/htms/human/hmpc/hmpcinterestedpart.htm>

**ALERTA FARMACÉUTICA 24/09 - DOXICRISOL 100 MG 12
CÁPSULAS Y DOXICRISOL 100 MG 30 CÁPSULAS****Referencia:** SGICM/CONT/MJA**Nº alerta:** 24/09**Fecha:** 09/10/09**Producto:** Medicamento**Marca comercial y presentación:**

DOXICRISOL 100 mg 12 cápsulas CN: 868216

DOXICRISOL 100 mg 30 cápsulas CN: 675215

DCI o DOE: DOXICICLINA, HICLATO**Nº Registro:** 48147**Lotes y fecha de caducidad:**

- Lote B002 (caducidad 10-2010) del medicamento DOXICRISOL 100 mg 12 cápsulas
- Lote B001 (caducidad 03-2010) del medicamento DOXICRISOL 100 mg 30 cápsulas

Laboratorio titular: LABORATORIO QUIMIFAR, S.A.**Laboratorio fabricante:** LABORATORIO SALVAT, S.A.**Domicilio social del responsable del producto:** C/ Comadrán, 37 Pol. Ind. Can Salvatella, 08210 Barberá del Vallés (Barcelona)**Descripción del defecto:** Fabricante del principio activo no autorizado en el expediente de registro del medicamento**Información sobre la distribución:** Nacional**Clasificación de los defectos:** Clase 2**Medidas cautelares adoptadas:** Retirada del mercado de todas las unidades distribuidas de los lotes referenciados y devolución al laboratorio por los cauces habituales**Actuaciones a realizar por las CCAA:** Retirada de los lotes referenciados del citado medicamento y seguimiento de la misma

LA SUBDIRECTORA GENERAL DE INSPECCIÓN Y CONTROL DE
MEDICAMENTOS DE LA AEMPS

Belén Escribano Romero

**ALERTA FARMACÉUTICA 25/09 - PILDER 600 MG
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS, 60 COMPRIMIDOS****Referencia:** SGICM/CONT/MJA**Nº alerta:** 25/09**Fecha:** 09/10/09**Producto:** Medicamento**Marca comercial y presentación:** PILDER 600 mg comprimidos recubiertos,
60 comprimidos**DCI o DOE:** GEMFIBROZILO**Nº Registro:** 58769**Lotes y fecha de caducidad:**

- A01, caducidad 12-2010
- B01, caducidad 03-2011
- B02, caducidad 04-2011

Laboratorio titular: LABORATORIO QUIMIFAR, S.A.**Laboratorio fabricante:** LABORATORIO SALVAT, S.A.**Domicilio social del responsable del producto:** C/ Comadrán, 37 Pol. Ind.
Can Salvatella, 08210 Barberá del Vallés (Barcelona)**Descripción del defecto:** Fabricante del principio activo no autorizado en el
expediente de registro del medicamento**Información sobre la distribución:** Nacional**Clasificación de los defectos:** Clase 2**Medidas cautelares adoptadas:** Retirada del mercado de todas las unidades
distribuidas de los lotes referenciados y devolución al laboratorio por los
cauces habituales**Actuaciones a realizar por las CCAA:** Retirada de los lotes referenciados del
citado medicamento y seguimiento de la misma

LA SUBDIRECTORA GENERAL DE INSPECCIÓN Y CONTROL DE
MEDICAMENTOS DE LA AEMPS

Belén Escribano Romero

ASTRAZENECA LLEGA A UN ACUERDO CON CZV PARA LA VENTA DE SU PLANTA DE O PORRIÑO

- Después de un intenso proceso de análisis y negociación, la oferta de CZV es la que mejor se ajusta a los criterios establecidos por AstraZeneca de obtener las mayores garantías posibles para el mantenimiento del máximo nivel de empleo de la planta, exigido por AstraZeneca para los próximos tres años.
- CZV es una biofarmacéutica internacional líder en la fabricación de productos veterinarios y está capacitada para fabricar medicamentos biológicos de última generación, tanto para humanos como animales.
- AstraZeneca mantendrá el envasado y la distribución de sus medicamentos en la planta durante dos años.

AstraZeneca ha firmado un acuerdo de venta con la filial de CZ Veterinaria (CZV), Biofabri S.L., de su planta de O Porriño. Tras un intenso proceso de negociación, AstraZeneca considera que la fortaleza del plan de negocio de la biofarmacéutica Biofabri S.L. es suficiente para permitir el mantenimiento máximo del empleo de la planta, exigido por AstraZeneca, para los próximos tres años. El acuerdo, que AstraZeneca ha supeditado siempre al mantenimiento máximo del empleo, supone la continuidad del máximo de los puestos de trabajo. Además del acuerdo de transmisión de todos los activos e inmuebles correspondientes a la planta, AstraZeneca y Biofabri, han firmado una serie de contratos complementarios por los que AstraZeneca se obliga a mantener su actividad de envasado de medicamentos y de distribución durante dos años. A partir de ese momento se seguirá manteniendo la actividad de dichas instalaciones farmacéuticas en el contexto del negocio de CZV y su filial Biofabri.

Asimismo también ha sido preciso acordar todos los aspectos logísticos, relacionados con los sistemas de información, procedimientos de pedidos, facturación, transporte etc, en términos que no pusieran en riesgo el negocio de comercialización de medicamentos de AstraZeneca durante los próximos dos años, y asegurando que dicho cambio no afectara ni a las empresas distribuidoras ni a las oficinas de farmacia, ni, muy especialmente, a los pacientes. Transcurridos estos dos años y en el contexto de la estrategia de AstraZeneca Internacional, que se basa en centrar su actividad en la investigación, desarrollo y producción de nuevos medicamentos, las actividades de envasado y distribución se llevarán a cabo a través de un dispositivo centralizado para toda Europa. La operación ha sido comunicada a la Xunta de Galicia así como al Comité de Empresa, quienes, junto con los propios empleados, han estado puntualmente informados de los diversos pasos que se han producido a lo largo de este proceso.

Proyectos CZV

Al estar radicada en O Porriño, la empresa CZ Veterinaria aporta una serie de lógicas ventajas de cara a la continuidad del proceso iniciado. CZV está dotada de tecnología, sistemas de producción e instalaciones que la capacitan para fabricar medicamentos biológicos y farmacológicos de última generación. CZV pretende desarrollar vacunas para la aplicación en seres humanos en las instalaciones de AstraZeneca, que ocupan aproximadamente 43.000 metros cuadrados, a través de su filial Biofabri.

Acerca de AstraZeneca

AstraZeneca es una compañía farmacéutica líder, comprometida con la investigación, desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos de prescripción. La compañía ocupa posiciones de liderazgo en las áreas de gastrointestinal, cardiovascular, neurociencias, respiratorio, oncología e infección. AstraZeneca está incluida en el Índice Dow Jones, así como en el FTSE4.



La figura del día

MANUEL MARÍN, GERENTE DEL HOSPITAL DE ALCIRA



CUARTO CONVENIO COLECTIVO PARA UN HOSPITAL EMBLEMÁTICO

- SI HAY UN HOSPITAL CUYA EFECTIVIDAD Y FUNCIONAMIENTO ESTÁ MÁS EN LA MIRILLA QUE NINGUNO, ESE ES EL DE ALCIRA, EMBLEMA DE UNA GENERACIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN QUE POCO A POCO, EN SUS 10 AÑOS DE HISTORIA, VA REFLEJANDO SU BALANCE. POR ESO, SI FIRMAR EL CONVENIO COLECTIVO DE UN HOSPITAL SIEMPRE ES DIFÍCIL Y ELOGIABLE, EN EL CASO DE ALCIRA, DONDE LOS SINDICATOS SABEN QUE UN CONFLICTO CALA EL DOBLE, ES TODO UN MÉRITO. Y ESO ES LO QUE HA LOGRADO EL GERENTE MANUEL MARÍN TRAS 9 MESES DE NEGOCIACIONES: DAR A LUZ EL 4º CONVENIO COLECTIVO.
- POR DESGRACIA, LA CESM, QUE SIEMPRE ES UN SINDICATO IMPORTANTE, NO HA FIRMADO EL CONVENIO, AUNQUE ES MÁS ACHACABLE A LA ESTRATEGIA “FRENTISTA” CONTRA MANUEL CERVERA DE CESM VALENCIA QUE AL PROPIO CONVENIO EN SÍ. EN TODO CASO, MANUEL MARÍN, UN HOMBRE DISCRETO, HA FORJADO LA PAZ SOCIAL PARA MESES DE UN CENTRO QUE EN OCASIONES DA LA SENSACIÓN DE NECESITAR SER EL DOBLE DE BUENO QUE OTROS PARA QUE LE JUZGUEN COMO A UNO MÁS. MARÍN, QUE TIENE EXPERIENCIA GESTORA Y POLÍTICA, HA LOGRADO DARLE A ALCIRA UN PERFIL TRANQUILO Y SOSEGADO QUE HA PERMITIDO ASÍ NEGOCIAR MEJOR Y SIN SACUDIDAS. Y EL RESULTADO ES QUE SE HA PODIDO HABLAR MUCHO Y CON FINAL EN MUY BUEN PUERTO.
- UN BUEN CONVENIO EN ALCIRA ES UNA GARANTÍA DE FONDO PARA TODA LA SANIDAD VALENCIANA, EN LA QUE SE HACE UNA BUENA LABOR. Y POR ELLO, EL GERENTE, MANUEL MARÍN, MERECE SER HOY 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



- Lo bien que estábamos en villas olímpicas, atletas y plazas hoteleras, y lo mal que estamos en corazonadas.

DIARIO ABC



DIARIO EL MUNDO

CONFERENCIA DE LA CONSEJERA GALLEGA, PILAR FARJAS, EN LA FUNDACIÓN BAMBERG (1)



1).- De izquierda a derecha: Rafael Pérez Santamarina (La Paz), Javier Martín (Pfizer), Francisco García Pascual (Pfizer), Belén Prado (Viceconsejera Madrid), Ignacio Para, Pilar Farjas (Consejera), su Jefa de Gabinete, Ignacio Balboa y Salvador Arribas (Fundación Bamberg).

2).- Eduard Rius (Acciona), con el Director General de Hospitales de la Consejería de Madrid, Antonio Burgueño, e Ignacio Balboa (Fundación Bamberg).

3).- La Consejera gallega, Pilar Farjas, con Pedro Tellería, Director General de Saniline, y José Eduardo González, el simpático Director General Adjunto de Rovi, hombre siempre fiel a los López Belmonte y que se reveló como un gran contador de chistes. Pregúntenle por "el del Mus".

CONFERENCIA DE LA CONSEJERA GALLEGA, PILAR FARJAS, EN LA FUNDACIÓN BAMBERG (2)



1).- De izquierda a derecha: Francisco J. García Pascual (Pfizer), Belén Prado, Viceconsejera de Sanidad de Madrid, Ignacio Para (Fundación Bamberg), Salvador Arribas (Fundación Bamberg) y Javier Martín, el hombre de las Relaciones Institucionales de Pfizer en el norte de España.

2).- Por Roche acudieron al acto la Directora de Relaciones Institucionales, Ana Rubio, Jaime del Barrio (I. Roche) y Javier Crespillo Calleja, un "clásico" en todos los Foros de F. Bamberg.

3).- José Luis García Paniagua, gran empresario de la sanidad manchega y murciana; Rafael Pérez Santamarina (La Paz) y José Eduardo González, Director General Adjunto de Rovi.

CONFERENCIA DE LA CONSEJERA GALLEGA, PILAR FARJAS, EN LA FUNDACIÓN BAMBERG (3)



- 1).- Antonio Mingarro (SANIFAX), con María Couceiro, que trabaja en Pfizer Galicia y es hermana de Enrique Couceiro, marido de Pilar Farjas. La familia de Farjas, pues, estuvo representada.
- 2).- Alberto Pardo (Comunidad de Madrid), con la guapa Victoria Ayala, de Oximesa.
- 3).- La peruana Luz María Loo de Li, con la Viceconsejera Belén Prado.
- 4).- Antonio Mingarro (SANIFAX), con Ana María Sanz, responsable de relaciones con la Administración Sanitaria de Pfizer y mujer que desempeña una buena labor en la compañía.
- 5), 6) y 7).- Manuel Liébana, Gerente de Gestión Sanitaria de Abbott; Elisa Borrego, hoy en MSD, y el Director de Relaciones con las CC.AA de Farmaindustria, José Ramón Yagüe, muy serio...



El Avispero

EMOTIVA DESPEDIDA DE ANTONIO LUNA, COMO PRESIDENTE DEL COM DE JAEN. TRAS MUCHOS AÑOS DE PRESIDENTE DEJA UNA GRAN HUELLA EN JAEN, EN TODA ANDALUCIA Y EN EL RESTO DE ESPAÑA. HA SIDO UN PRESIDENTE RECTO, HONESTO E INDEPENDIENTE. Y AMIGO DE SUS AMIGOS. LE SUCEDE EMILIO G. DE LA TORRE, QUE TIENE TODOS LOS TICS BUENOS DE ANTONIO LUNA, POR ALGO LLEVA MUCHOS AÑOS CON ÉL Y DE QUIEN, COMO ANTONIO LUNA, SE ESPERA TODO LO MEJOR. COSA QUE EMPEZO A DEMOSTRAR EN LA TOMA DE POSESION CON UN ACTO PERFECTAMENTE ORGANIZADO EN EL QUE QUISO DAR TODO EL PROTAGONISMO A ANTONIO LUNA.

.....
ALLI ESTUVIERON TODOS LOS PRESIDENTES DE COLEGIOS MEDICOS ANDALUCES. TODOS SIN EXCEPCION. ADEMAS DEL SECRETARIO DE LA OMC, SERAFIN ROMERO, CADA VEZ CON MAS PESO EN LA OMC. TAMBIEN ESTUVO SENDIN. Y MUY GRATO TAMBIEN VER A MUCHOS EX PRESIDENTES COMO ENRIQUE LOPEZ PEÑA (MALAGA); RAFAEL BARROSO (SEVILLA); RICARDO MIRANDA (CADIZ); JESUS AGUIRRE (CORDOBA); ALGARRA (GRANADA)...SOLO FALTARON SANCHEZ PAJARES (HUELVA) E ISACIO SIGUERO, QUE LLAMO DICIENDO QUE ESTABA MALO... ADEMAS ESTUVO LA ALCALDESA DE JAEN; EL OBISPO; EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD. O SEA, TODAS LAS FUERZAS VIVAS. UN ACTO MUY BONITO, ANTESALA DE LO QUE VA A SER OTRA GRAN PRESIDENCIA EN JAEN...

.....
EL CLUB SIGLO XXI NO QUIERE QUEDARSE ATRÁS YA QUE EL FORO DE LA NUEVA ECONOMIA LE ESTA COMIENDO TERRENO. Y ASI, EL PROXIMO MARTES 20 DE OCTUBRE HA ORGANIZADO UN ALMUERZO COLOQUIO SOBRE LA GRIPE A CON UNA INVITADA MUY ESPECIAL: MENCHU PEÑA. TAMBIEN ACUDIRAN COMO INVITADOS PEPE OLMOS Y MARIO MINGO (PP), ADEMAS DE JUAN JOSE BADIOLA. VA A SER UN ALMUERZO MUY INTERESANTE EL QUE ESTA ORGANIZANDO EL CLUB SIGLO XXI. LOS INTERESADOS EN ACUDIR PUEDEN LLAMAR AL TELEFONO 913451288. QUEDAN POCAS PLAZAS.

.....
EL ACTO DE LA FUNDACION LOPEZ IBOR PREVISTO PARA ESTE JUEVES EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA HA SIDO APLAZADO PARA EL VIERNES 30 DE OCTUBRE A LAS 12,30h. TAMBIEN EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA. DISTINTOS PROBLEMAS DE AGENDA HAN HECHO CAMBIAR LA FECHA PERO SE MANTIENE EL PROGRAMA.

.....
MAGNIFICO ARTICULO EL QUE EL DOMINGO EN LAS PAGINAS DE "A TU SALUD", EN LA RAZON, PUBLICÓ JUAN ABARCA CIDÓN. MUY PARECIDO Y EN LA LINEA DEL ANTERIOR QUE FUE MUY ELOGIADO Y REPRODUCIDO EN SANIFAX. POR SU INTERES TAMBIEN LO REPRODUCIMOS HOY, YA QUE QUIZA A MUCHOS LECTORES CON ESTOS DIAS DE PUENTE SE LES HAYA PASADO. LEANLO PUES ES CERTERO Y DIRECTO.

.....
EL SANTORAL.- HOY ES SAN EDUARDO Y SAN SERAFIN.

.....
HOY LA AGENDA DE LA SANIDAD DE LA A. DE PERIODISTAS SANITARIOS NOS RECUERDA QUE ES LA ONOMASTICA ENTRE OTRAS PERSONALIDADES DE LA SANIDAD DE EDUARDO RODRIGUEZ ROVIRA; EDUARDO LOPEZ DE LA OSA; EDUARDO SANZ ORTEGA; EDUARDO JAVIER MARTIN SERRANO; E. LOPEZ BRAN; E. CARBAJO; E. GARNICA; E. GIMENEZ; E. JAURRIETA; E. JUNCO; E. LOBO MARQUEZ; E. MORA SAEZ; E. MENDEZ VILLAMIL; E. RAMOS; E. REINA INFANTES; E. RUIZ CASTAÑE; E. SERRAT; E. TABERNERO; E. VAN DER HOFSTADT; E. VANDEZ Y EDUARDO (FAE); Y DE SERAFIN ROMERO Y SERAFIN MARTINEZ MUÑOZ. Y EL CUMPLEAÑOS DE ANTONIO LEON HERVAS. A TODOS ELLOS Y A TODOS LOS EDUARDOS Y SERAFINES DE LA SANIDAD, MUCHAS FELICIDADES.