



Pensamiento del día:
02-02-2.007
PUBLIO CORDÓN
4.426



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



BARREDA (CASTILLA LA MANCHA) PIDE VELADAMENTE A ZAPATERO EL CESE DE E. SALGADO POR LA “LEY DEL VINO”

- MILES DE EMPRESARIOS Y VITICULTORES DE ESPAÑA SE UNEN CONTRA EL PROYECTO Y SOLICITAN A MONCLOA SU TOTAL RETIRADA. SALGADO SE NIEGA A ELLO Y AMENAZA CON DIMITIR, COMO YA HIZO EN LA LEY DEL MEDICAMENTO.
- ... EN MONCLOA SE DA YA POR SEGURO EL PRÓXIMO RELEVO DE LOS MINISTERIOS DE SANIDAD, JUSTICIA Y VIVIENDA EN ESTE MISMO MES.
- HOY, “CRÓNICA POLÍTICA” CON TODAS LAS CLAVES DE LO QUE SUCEDE.

LA UNIDAD DEONTOLÓGICA DE FARMAINDUSTRIA REALIZA MÁS ACTIVIDADES QUE NUNCA EN EL 2.006 Y BAJAN LEVEMENTE LAS SANCIONES

- AMPLIO DESPLIEGUE Y JOSÉ FRANCISCO ZAMARRIEGO, “FIGURA DEL DÍA”.

OTROS TEMAS INTERESANTES DEL DÍA

- HOY COMIENZA EL FORO DE PERIODISMO SANITARIO EN CANARIAS, CON LA INTERVENCIÓN DEL COMISARIO EUROPEO Y LA ACTIVA COLABORACIÓN DE MSD.
- MADRID CIERRA EL CONFLICTO DEL H. GREGORIO MARAÑÓN Y REGULA EL PROCESO Y LAS CONDICIONES PARA SER “PERSONAL ESTATUTARIO”
- EL PRESIDENTE DEL C. MÉDICO DE SEVILLA, CARLOS GONZÁLEZ VILARDELL, VALORA LO OCURRIDO EN LA ASAMBLEA DE LA OMC CON LOS REGLAMENTOS
- ADEMÁS, LA OMC PROMUEVE UN MANIFIESTO APOYANDO LA LEY CONTRA EL ALCOHOL. HOY, EL TEXTO ÍNTEGRO QUE SE PRESENTARÁ LA PRÓXIMA SEMANA
- 1ª JORNADA DE HUELGA EN ANDALUCÍA POR EL CONFLICTO DE URGENCIAS.
- REPORTAJE GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN DE MARÍA KUTZ EN LA FUNDACIÓN BAMBERG Y “AVISPERO” MONOGRÁFICO CON SUS PRINCIPALES FRASES.
- EL ACTIVO RAFAEL BLASCO PRESENTA EL PLAN VALENCIANO DE DIABETES.

HOY, DOS DOSSIERS ESPECIALES:

- **PRIMER DOSSIER:** AMPLIO RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE SUPERVISIÓN DEONTOLÓGICA DE FARMAINDUSTRIA EN EL AÑO 2.006.
- **SEGUNDO DOSSIER:** INDICADORES FARMACÉUTICOS DE MADRID (ADEFARMA)

Premio Príncipe Felipe a la Excelencia Empresarial 2003 en la categoría de Innovación Tecnológica

concedido a



Bemiparina D.C.I.

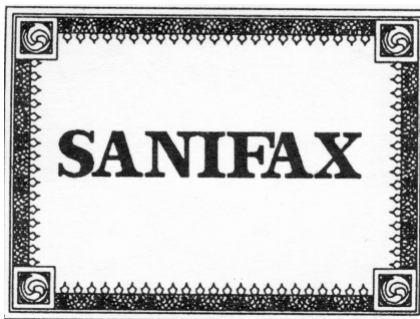
De la mano de HIBOR®
(bemiparina),
Rovi ha conseguido
el Premio Príncipe Felipe
a la Excelencia Empresarial
en la categoría de
Innovación Tecnológica.
Esto, además de un orgullo,
supone un nuevo impulso,
una motivación añadida
para que la investigación
en España siga creciendo
y llegando más lejos
que nunca.



PREMIOS
PRÍNCIPE FELIPE
AIA
EXCELENCIA
EMPRESARIAL



Laboratorios Farmacéuticos ROVI, S.A.
Julián Camarillo, 35 • 28037 Madrid
www.rovi.es



CRONICA POLITICA DE LA SEMANA

EL PRESIDENTE DE C. LA MANCHA PIDE VELADAMENTE A ZP EL CESE DE SALGADO POR LA "LEY DEL VINO"

*** LA MINISTRA, MÁS TOCADA QUE NUNCA, PODRÍA SER "CARNE DE CAÑÓN" EN LA REMODELACIÓN MINISTERIAL**

LA MINISTRA DE SANIDAD, MUY AFICIONADA A LAS POLÉMICAS MEDIÁTICAS Y A LOS DEBATES IMPACTANTES DE SALUD PÚBLICA, SE HA PASADO ESTA VEZ DE LA RAYA Y LO PUEDE PAGAR. SU ANTEPROYECTO DE LEY DEL VINO Y SU DEFENSA NUMANTINA Y A TODA COSTA DE LIMITAR SU CONSUMO HA PUESTO EN PIE DE GUERRA YA NO SÓLO AL SECTOR, DEL QUE EN ESPAÑA DEPENDEN MILES DE PUESTOS DE TRABAJO Y UNA GRAN PARTE DE NUESTRA RIQUEZA, SINO INCLUSO A ALTOS CARGOS DE MONCLOA, POLÍTICOS Y CC.AA DEL PSOE, QUE ESTOS DÍAS BRAMAN ANTE LA ACTITUD DE LA MINISTRA DE CONDENAR EL VINO COMO SI FUESE WHISKY DE GARRAFÓN. Y ASÍ, UNO DE LOS QUE HA DADO LA VOZ DE ALARMA HA SIDO EL PRESIDENTE MANCHEGO, BARREDA, QUE SE JUEGA LA REELECCIÓN EN 4 MESES Y HA VISTO CÓMO SU PROPIO GOBIERNO "LE HACE LA CAMA" CON UNA LEY QUE SERÍA FUNESTA PARA SU GENTE, POR LO QUE, VELADAMENTE, HA PEDIDO A ZAPATERO EL RELEVO DE SALGADO.

→ LOS EMPRESARIOS VITICULTORES PIDEN RETIRAR LA LEY; SALGADO SE NIEGA...

→ EL CLAMOR QUE HA GENERADO LA MINISTRA HA PROPICIADO UNA RARA UNANIMIDAD ESTA SEMANA EN TODO EL SECTOR VINICOLA, EN EL QUE SIEMPRE HAY INTERESES DIFERENTES, PERO QUE ESTOS DÍAS HA SUMADO A SUS FEDERACIONES NACIONALES PARA HACER UNA RUEDA DE PRENSA CONJUNTA Y ASÍ PRESIONAR A MONCLOA CON LA RETIRADA DE LA LEY. UNA PRESIÓN QUE TAMBIÉN SE HA HECHO A TRAVÉS DE LOS CONSEJEROS Y PRESIDENTES AUTONÓMICOS, QUE LÓGICAMENTE, POR CONVICCIÓN Y PROXIMIDAD ELECTORAL, LES HAN APOYADO Y TAMBIÉN HAN LLAMADO A MONCLOA PARA QUEJARSE. POR ELLO, LA PETICIÓN NO ES NEGOCIAR LA LEY, SINO DIRECTAMENTE RETIRARLA, PERO LA MINISTRA DE SANIDAD, SE NIEGA...

→ LA VICEPRESIDENTA TAMBIÉN LE PIDE A SALGADO QUE LA RETIRE. Y SE NIEGA...

→ CABE RECORDAR QUE LA MINISTRA ES HOY MUCHO MÁS DÉBIL ANTE MONCLOA POR SUS ERRORES PASADOS. CUANDO SE DEBATIÓ LA LEY DEL MEDICAMENTO, MIGUEL SEBASTIÁN, HOY CANDIDATO A ALCALDE DE MADRID, ENTONCES ASESOR ECONÓMICO, DEFENDIÓ ANTE ZP ALGUNAS DE LAS DEMANDAS DEL SECTOR Y PIDIÓ CAMBIOS. COMO TAMBIÉN HICIERON EL MINISTERIO DE INDUSTRIA Y EL DE ECONOMÍA. LA MINISTRA ECHÓ "UN ÓRDAGO" Y AMENAZÓ CON DIMITIR SI NO SE APROBABA "SU LEY". Y ZP, PARA NO GENERAR POLÉMICAS, SE LO ACEPTÓ, CON EL APOYO DE TERESA FERNÁNDEZ DE LA VEGA. PERO ESTA VEZ, HA SIDO LA PROPIA VICEPRESIDENTA QUIEN LE HA PEDIDO RETIRARLA. Y SALGADO SIGUE NEGÁNDOSE. MONCLOA CONSIDERA QUE CON EL TABACO, LAS HAMBURGUESAS, ETC... YA HAY BASTANTE POLÉMICA SERVIDA. PERO NO HAY MANERA. EL PROBLEMA ES QUE ESTA VEZ SALGADO ESTA DEBILITADA Y YA NO LE VALE EL "EFECTO ÓRDAGO" Y LA AMENAZA DE IRSE, QUE AQUELLA VEZ LA SALVÓ...

→ Y COMO SE NIEGA Y SE NIEGA, EN MONCLOA YA DAN POR SEGURO SU RELEVO...

→ ASÍ, EN EL CAMBIO DE GOBIERNO QUE DEFINITIVAMENTE SE PREPARA PARA ESTE MES, EN MONCLOA YA SE DA POR SEGURO QUE LA MINISTRA SERÁ RELEVADA. SE MARCHARÁ JUAN FERNANDO LÓPEZ AGUILAR, ACTUAL MINISTRO DE JUSTICIA, PARA SER CANDIDATO DEL PSOE EN CANARIAS; LA MINISTRA DE VIVIENDA, M^a ANTONIA TRUJILLO, POR SU INEFACIA EN UN MINISTERIO PARA EL QUE TANTAS ESPERANZAS DEPOSITÓ ZP; Y ELENA SALGADO ENTRARÁ EN ELLOS, SENCILLAMENTE POR "TALIBANA", POR BUSCARSE ENEMIGOS ENTRE SUS PROPIAS FILAS, POR IR CONTRA LA FILOSOFÍA GENERAL DE UN GOBIERNO "GARANTE DE LIBERTADES" Y POR HABER LOGRADO QUE AMPLIOS SECTORES SOCIALES YA ESTÉN HASTA EL GORRO DE SUS OCURRENCIAS EXTRAVAGANTES: HAMBURGUESAS, TALLAS DE ROPA, TABACO... Y AHORA EL VINO.

CASTILLA-LA MANCHA PIDE A ZAPATERO QUE INTERVENGA EN EL CONFLICTO DEL VINO

MADRID.- M. RECUERO La guerra vitivinícola sigue abierta. Ayer, fue el propio presidente de Castilla-La Mancha, el socialista José María Barreda, el que se pronunció contra el borrador del Anteproyecto de Ley de Medidas Sanitarias para la Protección de la Salud y la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas por Menores y contra su compañera de partido, la ministra de Sanidad, Elena Salgado.

Barreda descargó la responsabilidad en el presidente del Gobierno, ya que «donde hay patrón no manda marinero, y donde hay presidente no hay ministra», manifestó ayer en un programa de televisión.

El socialista dejó clara su confianza en José Luis Rodríguez Zapatero y aseguró que el planteamiento del presidente prevalecerá sobre el de Salgado. «El vino no es culpable del botellón o de los problemas que pueda haber con el alcoholismo». Es la frase que Barreda utilizó para defender el futuro del sector ante Zapatero, la ministra y la vicepresidenta del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega.

La ministra de Agricultura, Elena Espinosa, volvió a pedir ayer «tranquilidad» a los distintos sectores afectados y buscar una solución que satisfaga a todas las partes. El PP también se hizo ayer eco de la situación que atraviesa el sector. Su portavoz adjunto en el Congreso, Vicente Martínez Pujalte, advirtió de que «es mejor que la norma no entre en el Parlamento».

El vino enturbia la ley antialcohol

- **El Gobierno busca la forma de hacer compatibles la salud de los menores y los intereses de la industria vinícola**

Los intereses sobre la futura ley para impedir que los menores beban alcohol enturbian su tramitación. Por un lado, el Ministerio de Sanidad insiste en que la norma debe aplicarse a todas las bebidas. Por otro, un sector importante del propio Gobierno, encabezado por Agricultura, quiere buscar fórmulas que excluyan al vino, haciéndose eco de las demandas del potente sector vitivinícola (más de 1,2 millones de hectáreas sembradas), los restauradores, los anunciantes y los medios receptores de la publicidad, que quieren mayor flexibilidad. El borrador que ha preparado Sanidad -y que todavía está negociando- prevé que la norma, con sus importantes restricciones a la publicidad, se aplique a toda bebida de más de 1,2 grados. Pero Agricultura da al vino un tratamiento especial: lo considera un alimento y ha concedido este año ayudas de 300.00 euros para promover su consumo. Siempre responsable, eso sí.

Ayer, la titular del departamento, Elena Espinosa, insinuó la posibilidad de un cambio en la ley al hacer un llamamiento a la tranquilidad a los distintos sectores afectados por la futura ley. El domingo, el presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, dijo en Albacete que "el sector del vino no se tenía que preocupar" por la norma. Zapatero intentó así acallar algunas quejas del Ejecutivo de Castilla-La Mancha. Fuentes del Gobierno aseguran que se está trabajando en fórmulas que eviten el choque con el sector, lo que implicaría buscar algún tipo de excepción para el vino. Pero Sanidad insiste en que la base es considerar al vino una bebida alcohólica y no un alimento. El martes, en Lugo, la ministra de Sanidad insistió en su proyecto: según Salgado, las encuestas muestran que el 29% de los adolescentes dice que bebe vino, y el 28% admite que toma combinados de vino [el calimocho]. La edad de inicio al consumo de alcohol en España es de 13,7 años, y su incidencia, según Sanidad, es una de las más elevadas de Europa. Salgado señaló que no cree que la ley pueda tener una influencia negativa en la exportación de vinos de marca, sino que "situará el consumo de vino donde debe estar, entre los adultos". Aquí acaban las coincidencias. La parte más polémica de la ley se refiere a la publicidad. El último borrador conocido establece que no se podrán anunciar bebidas alcohólicas en medios destinados a jóvenes o niños. En radio y televisión, el horario protegido será de 6.00 a 22.00 horas. En periódicos y revistas, no podrá haber publicidad "en las cubiertas exteriores, la portada, la contraportada, las secciones de deportes y pasatiempos y las secciones dirigidas a menores de 18 años". También se restringen la promoción y patrocinio.

Disposición a negociar

La vicepresidenta del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega, ha enviado una carta al sector de productores en la que les transmite "la absoluta disposición del Gobierno para que cualquier regulación que sea finalmente aprobada tenga en cuenta las cuestiones que suscita el sector". El malestar ha sido recogido por el PP, que pide que la norma no llegue al Parlamento. En cambio, una posible excepción para el vino cuenta con la oposición de los productores de bebidas con más graduación, informa Juan A. Aunión. "La exclusión crearía una mala percepción porque también es alcohol", dijo, durante la presentación de un manifiesto de la Fundación Alcohol y Sociedad, donde están los productores de bebidas destiladas, el médico Arturo Fernández Cruz

LA OMC Y LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS PRESENTAN UN MANIFIESTO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES

La Organización Médica Colegial (OMC), la Federación de Asociaciones Científico Médicas y el resto de Sociedades Científicas presentarán el próximo miércoles 7 de Febrero de 2007, a las 10:30 horas en la sede de la OMC (Plaza de las Cortes, 11 de Madrid) un Manifiesto sobre el consumo de alcohol en adolescentes.

El borrador de Manifiesto ha sido facilitado a 70 sociedades científico médicas para que se adhieran al mismo. El periodo de valoración finaliza el próximo lunes, por lo que el miércoles será presentado a todos los medios de comunicación el texto final consensuado.

Los máximos representantes de las organizaciones y sociedades científicas del país quieren, de esta forma, poner en conocimiento de la opinión pública su postura ante lo que consideran un grave problema de salud pública, sobre el qué hay que realizar estrategias de prevención de forma inminente.

PRESENTACION MANIFIESTO

DIA: 7 DE FEBRERO DE 2007

HORA: 11:00 HORAS

LUGAR: SEDE OMC (PLAZA DE LAS CORTES, 11- 3ª MADRID)

BORRADOR DE MANIFIESTO CONTRA EL ALCOHOL QUE ESTÁ PROMOVRIENDO LA OMC JUSTO EN EL MOMENTO EN QUE EL MINISTERIO AFRONTA LAS CRÍTICAS POR UN ANTEPROYECTO SOBRE ESTA CLASE DE BEBIDAS, QUE SERÁ PRESENTADO LA SEMANA QUE VIENE JUNTO A LAS ORGANIZACIONES QUE DECIDAN ADHERIRSE AL MISMO

La Organización Médica Colegial y las Sociedades Científicas abajo firmantes ante el *Anteproyecto de Ley de Medidas Sanitarias para la Protección de la Salud y la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas por Menores de Edad* elaborado por el Gobierno

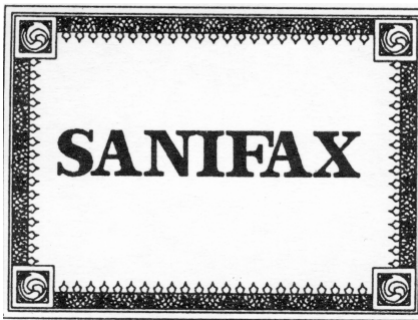
Ponemos en conocimiento de la opinión pública qué:

1. En España el consumo de alcohol por menores de edad es un grave problema de salud pública. El inicio del consumo se produce en torno a los 13,7 años. Uno de cada tres adolescentes se ha emborrachado en el último mes. El 70% de los jóvenes de 16 años consumen alcohol en el fin de semana. Los menores no perciben el riesgo que para su salud entraña el consumo de alcohol. Las bebidas alcohólicas de mayor consumo entre los menores los fines de semana son el vino, los combinados (incluyendo vino con refrescos) la cerveza, y los licores fuertes.
2. Según la evidencia científica disponible, el consumo de alcohol en el adolescente:
 - Perjudica su desarrollo cerebral ocasionándole problemas de memoria y de aprendizaje. No es necesario un consumo sostenido en el tiempo, es suficiente el consumo intenso y concentrado de alcohol en el fin de semana.
 - Puede provocar alteraciones en el proceso de crecimiento y en el desarrollo del sistema endocrino.
 - Aumenta las posibilidades de desarrollar un consumo abusivo o una dependencia de las bebidas alcohólicas en la edad adulta.
 - Afecta a las relaciones familiares, con compañeros y con profesores. Influye en el bajo rendimiento escolar, en las agresiones y en conductas peligrosas para la salud y es causa principal de accidentes de tráfico, prácticas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y enfermedades infecciosas.
 - Se relaciona con más de sesenta enfermedades, incluyendo los accidentes, alteraciones mentales y del comportamiento, enfermedades digestivas y cardiovasculares, cánceres, entre otras

3. Por lo cual, como profesionales sanitarios manifestamos que:

- o No es posible hablar de consumo responsable de alcohol en adolescentes. En menores, *el único consumo responsable es el consumo cero de alcohol.*
- o Sin menoscabo de los intereses comerciales y económicos del sector, el primer interés de la sociedad ha de ser preservar la salud de sus menores de edad.
- o Asumimos las preocupaciones y recomendaciones de la Asociación Médica Mundial y el Comité Permanente de Médicos de Europa. Compartimos con las autoridades sanitarias españolas y europeas, la preocupación por la salud de nuestros menores de edad y apoyamos todas las medidas para la defensa y protección de su salud.
- o Creemos necesaria la prohibición de la venta y consumo de bebidas alcohólicas a menores y adolescentes. Son imprescindibles las políticas de restricción sobre la publicidad que incitan al consumo de bebidas alcohólicas preferentemente a los adolescentes.
- o Rechazamos el abordaje simplista de los llamados “botellodromos” creados en diferentes ayuntamientos. El consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública no puede ser abordado simplemente como un problema social, representa también un gravísimo problema de salud.
- o Los médicos y profesionales sanitarios como mediadores en salud y los padres, maestros y profesores como educadores, deben asumir políticas activas de educación para la salud en hábitos saludables dirigidos hacia la sociedad, hacia la familia, en general, y hacia los jóvenes, en particular, que ayuden a comprender y justificar las políticas restrictivas.
- o Los médicos apoyamos el Anteproyecto del Ministerio de Sanidad y Consumo por considerarlo una medida beneficiosa para la salud de los adolescentes y refuerzo de las actuaciones preventivas de las autoridades sanitarias.
- o Pedimos cohesión social y sanitaria y coherencia a las fuerzas políticas y sociales para el abordaje del consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años, desde el cumplimiento de la legislación y en beneficio de la juventud y de la población española.

En Madrid a



CARLOS G. VILARDELL: “LOS REGLAMENTOS DE LA OMC SON UN NECESARIO PUNTO DE PARTIDA”

*** “DIO LA IMPRESIÓN DE QUE NO SE HA DIALOGADO DIRECTAMENTE CON QUIENES PRESENTARON ENMIENDAS”**

*** “ES CIERTO QUE ISACIO SE HA “FLEXIBILIZADO”, PERO LA C. PERMANENTE TAMBIÉN, Y ASÍ AHORA SE ENTIENDEN”**

ESTA SEMANA HEMOS CHARLADO CON EL PRESIDENTE DEL CONSEJO MÉDICO ANDALUZ Y DEL COLEGIO DE SEVILLA, CARLOS G. VILARDELL, SOBRE LA PASADA ASAMBLEA DE LA OMC. VILARDELL, LLUEVA O TRUENE, NO HABLA MAL DE ISACIO SIGUERO Y LO DEFIENDE, AUNQUE SÍ ES CIERTO QUE LE SOLTÓ UNA “PUYADITA”

→ ¿Cuál fue su impresión de la Asamblea?

→ Se aprobaron una serie de normas, que son para el funcionamiento de la C. Permanente de la OMC. Había una voluntad en la mayoría de los colegiados y de los miembros de la Asamblea de por lo menos crear instrumentos que sirvan para poder empezar a encauzar la propia Asamblea. Había una mayoría importante que por lo menos tuvo la voluntad de que, sabiendo que aquello no era el elemento perfecto para poder trabajar, pero sí hay que empezar a trabajar. Y lo que se aprobó yo creo que nos va a servir para poder hacer un punto y aparte y empezar a tener alguna herramienta. Hay que tener voluntad de que son perfeccionables y que a la larga se podrán mejorar para empezar a trabajar. Por lo menos había un núcleo al cual yo me siento unido con una voluntad de que hay que buscar un instrumento para salir de la situación de impase que se temía. Claro que había elementos discordantes. Por supuesto que sí los había. Pero creo que eso es propio de cualquier Asamblea. Pero había un tanto por ciento importante que salía favorable a que aquello siga funcionando. También vi una voluntad incluso en la Permanente, de la Comisión que estaba organizando aquello... Soy el primero que no estoy de acuerdo al 100 por 100 con todo lo que se decía allí, pero hay que empezar a tener algo para funcionar. Y con esa voluntad, por lo menos gran parte de los presidentes fue con la idea de votar favorablemente a lo que se nos presentó.

→ La manera de conducir las cosas por parte de la presidencia, ¿fue correcta?

→ Lo de las enmiendas pienso que ha habido un tiempo donde se ha podido presentar esa enmienda. Lo único que me pareció es que no habían hablado directamente con los que habían presentado las enmiendas, para discutirlos. Yo tengo costumbre, cuando hago algo parecido en mi Colegio, de que esa enmienda, al que la presenta le cito directamente junto con la Asesoría jurídica y con las personas que han presentado la enmienda para discutirlos, para ver si realmente se puede llegar a un acuerdo con ellos. Y en el caso que no se llegue a un acuerdo con ellos presentarlo, en mi caso, en Junta Directiva. Y en este caso en la Asamblea y votarla y que la Asamblea decida sobre ese punto de la enmienda. Pero lo que trato es, de lo que se me presente, que ya presumo que hay una buena voluntad de que se ha leído la persona toda una serie de cosas y de que presenta con el intento de mejorarlo si es plausible pues añadirlo. O si no, negociarlo. Hacerle ver a la otra persona qué es lo más conveniente, o hacerme ver a mi mismo qué es lo más conveniente. Y en el caso de que no se llegue a un acuerdo, sobre esa pequeña enmienda, presentarla a la Asamblea y decir nosotros presentamos esto. ¿Qué es lo mejor? Esto y esto. Y votarlo. Para que no haya lugar a puntos de discusión como se pudo suscitar el día pasado allí en la Asamblea.

→ Algunos presidentes creen que Isacio hace justo lo contrario de lo prometido...

→ Pienso que puede haber cosas. Lo contrario... Yo no veo tanto. Lo que sí me da la impresión de que ha habido por lo menos un acomodo, o una flexibilización en ciertos puntos y ciertas cosas para lo que dan unos y lo que dan otros llegar en un punto en común de acuerdo para poder seguir funcionando. Y yo creo que si en eso el presidente se ha flexibilizado en ciertas cosas y la Asamblea también se ha flexibilizado en ciertos puntos y se ha llegado a unos puntos cordiales para sacar algo y que podamos autogobernarnos nosotros mismos. Así lo entiendo yo. También es verdad que el presidente dijo que de todo lo que se había presentado había muchas cosas que no se habían presentado y que estaban todavía pendientes. Pero es que si no, no caminamos nunca.

Este sistema de autorregulación está totalmente consolidado en el sector farmacéutico

LA UNIDAD DE SUPERVISIÓN DEONTOLÓGICA DE FARMAINDUSTRIA REALIZÓ 1.376 ACCIONES PREVENTIVAS SOBRE 111 LABORATORIOS EN 2006

La Unidad de Supervisión Deontológica (USD) de FARMAINDUSTRIA realizó en 2006 un total de 1.376 acciones preventivas sobre 111 compañías farmacéuticas, lo que representa el 88% del mercado de prescripción, según los datos presentados hoy en rueda de prensa por el director de este organismo, José Zamarriego, quien atribuyó a la implementación de la web de eventos de terceros la disminución del número de acciones preventivas (en 2005 fueron 1.801).

La USD fue puesta en marcha en marzo de 2004. Se trata de un órgano de control independiente de FARMAINDUSTRIA encargado de hacer una vigilancia activa del cumplimiento del Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de Medicamentos. Su principal labor es evaluar las actividades promocionales de las compañías farmacéuticas, bien haya sido informadas previamente por éstas o bien tenga conocimiento de ellas por el continuo ejercicio de vigilancia que realiza. Si de ésta labor supervisora se desprende la existencia de una presunta infracción presenta la correspondiente denuncia ante la Comisión Deontológica, que será la encargada de mediar entre las partes o bien remitir el caso a un Jurado independiente, el Jurado de Autocontrol de la Publicidad, para que lo evalúe y emita una resolución definitiva sobre él.

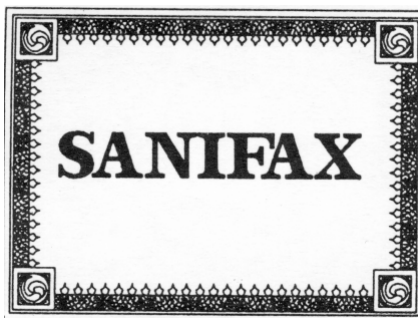
En 2006 la Unidad de Supervisión Deontológica analizó y verificó 2.199 eventos, lo que supone un importante incremento respecto a 2005 (1.747), sin detectar incidencias en 1.888 de ellos. De esta actividad se derivó la apertura de un total de 191 expedientes (frente a los 309 del pasado ejercicio), dando lugar a 9 denuncias (en 2005 fueron 11).

En sus tres años de andadura, la USD ha analizado y verificado un total de 4.891 eventos, sin observarse incidencias en 3.996; realizó acciones preventivas en 3.991 ocasiones; y su actividad dio lugar a 38 denuncias. De ellas, el 68% fueron resueltas en mediación antes la Comisión Deontológica en reconocimiento de infracción y aceptación de medidas correctoras; el 24% dieron lugar a resoluciones firmes por parte del Jurado de Autocontrol de la Publicidad a favor de la USD; el 5% fueron archivadas a petición de la USD; y el 3% están todavía pendientes de resolución.

A juicio del director de la Unidad de Supervisión Deontológica, José Zamarriego, los datos de actividad de este organismo desde 2004 ponen de manifiesto la consolidación y adecuación del sistema de autorregulación de la industria farmacéutica; así como la confianza y valoración por parte de los asociados en las tareas de evaluación y análisis de eventos llevada a cabo por la USD.

Asimismo, destacó la mayor implicación de las sociedades científicas con el Código Español de Promoción de Medicamentos; el incremento de la comunicación voluntaria por parte de los laboratorios de los eventos en los que participan; los altos niveles de prevención directa de la USD, llegando al más del 90% del mercado de prescripción; y la cada vez mayor importancia que están cobrando eventos organizados por terceros en los que las compañías farmacéuticas son patrocinadores minoritarios.

Entre los objetivos que se ha propuesto la Unidad de Supervisión Deontológica para 2007 se encuentra la implementación y gestión del proyecto de Certificado de Buenas Prácticas, ampliar la cooperación en el ámbito de la aplicación del Código con sociedades científicas, comunidades autónomas y otros grupos de interés, y desarrollar cursos de formación a los laboratorios farmacéuticos, entre otros.



ZAMARRIEGO: “LA CONFIANZA EN LA UNIDAD DEONTOLOGICA DE FARMAINDUSTRIA HA CRECIDO”

*** “LO MEJOR QUE PUEDO DECIR DE LOS TRES PRESIDENTES CON QUE HE TRABAJADO, ES QUE NO HE NOTADO NADA”**

*** “LA INTERACCIÓN DE LA INDUSTRIA CON LA FARMACIA CADA VEZ MAYOR Y EN MI DEPARTAMENTO SE NOTA”**

POR SU INTERÉS, ADEMÁS DE LA NOTA OFICIAL, REPRODUCIMOS UN AMPLIO RESUMEN DE LA CONTESTACIÓN A PREGUNTAS DE LOS MEDIOS QUE OFRECIÓ EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DEONTOLOGICA DE FARMAINDUSTRIA, JOSE F. ZAMARRIEGO, EN LAS QUE, POR CIERTO, ESTUVO AGILÍSIMO. QUIEN ANTAÑO ERA “PEPITO”, POR SER HIJO DE UN EX PRESIDENTE DE COLEGIO MÉDICO DE MADRID, AYER DEMOSTRÓ UNA MADUREZ Y SENSATEZ TOTALES AL RESPONDER. “PEPITO” AYER, DEMOSTRÓ SER YA D. JOSÉ.



→ ¿Comprende las suspicacias que puede crear su Unidad al estar creada dentro de la Patronal?: ¿Está notando la Industria a la hora de organizar eventos, y usted a la hora de supervisarlos, que el farmacéutico cada vez se relaciona más con ustedes?

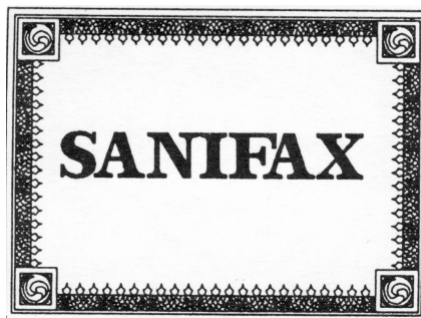
→ Respondiendo a la primera parte de la pregunta, primero, cuando nace, además algunos de vosotros habéis sido testigos directos, cuando nace un proyecto de esta naturaleza existe una expectación de hasta dónde se va a utilizar y cómo se va a utilizar. Cuando el rigor y la imparcialidad como elementos absolutamente de principios que tenemos en la unidad, pues se ha ido contrastando, entonces se va utilizando el sistema porque se va confiando en él. Este hecho es fundamental. Es decir, si no tuviéramos esa confianza no tendríamos el nivel de comunicación que tenemos en la comunicación de eventos. Y esto se gana en base a que lo que se va

haciendo, se va haciendo con sentido. Entonces, no es que se haya ido desplazando. No es que antes se hacía de una manera y ahora se hace de otra, si no que, desde mi interpretación, la ventana cada vez la vamos haciendo más grande y tenemos una mayor información de lo que está ocurriendo. Y de hecho lo que sí que creo es que existe una cierta, no unanimidad porque nunca hay unanimidad, pero sí ha habido un conocimiento muy notable en lo que significa el código especialmente del área de eventos. Cuando hablamos de eventos no solamente hablamos de los congresos que organizan las sociedades científicas sino también las reuniones que puedan hacer los propios laboratorios, seminarios... Es decir, todo aquello que involucre la participación directa entre un laboratorio farmacéutico y un profesional sanitario. Eso por un lado.

Respondiendo a la segunda parte, yo creo que sí. Es decir, existe una mayor interacción entre la industria farmacéutica y el farmacéutico y en función del papel que el farmacéutico puede ir teniendo en vista a los distintos elementos que dentro del mercado farmacéutico general cumplen y por lo tanto nosotros eso no entramos a valorarlo más porque no es nuestro papel sino sí poner de manifiesto que existen unos datos que no están dando unas tendencias que nos indican que los farmacéuticos cada vez son mayor receptores, digamos, de las acciones en los laboratorios respecto a las actividades que puedan organizar. Por lo tanto lo ponemos de manifiesto.

→ ¿Ha afectado de algún modo a su labor la llegada de un nuevo Presidente a Farmaindustria?

→ Vamos a ver. Lo mejor que puedo decir es que no he notado nada. La garantía de independencia e imparcialidad que desde la unidad hemos tenido, y el apoyo que hemos tenido desde farmaindustria para que eso sea una realidad no está en función de si entra o no entra un presidente. Es en función de la coherencia de la industria respecto a lo que se ha dado a sí misma. Es un sistema de autorregulación. Por lo tanto, me siento perfectamente amparado, por decirlo de alguna manera, por el presidente actual como me sentí con el presidente anterior e incluso con el anterior. Porque cuando yo entré estaba en la presidencia el señor Gallardo, luego estuvo el señor Moraleda, y ahora está el señor Esteve.



ZAMARRIEGO: “HACER RANKINGS DE LABORATORIOS MÁS DEONTOLÓGICOS NO SERÍA ALGO POSITIVO”

*** “BUSCAMOS LA INTEGRACIÓN. SI LO HICIÉRAMOS DARÍAMOS LUGAR A CONTRADICCIONES MUY POCO BENEFICIOSAS”**

*** “ADEMÁS DE LOS CRITERIOS GENERALES, ALGUNAS COMPAÑÍAS TIENEN OTROS PROPIOS Y ESPECÍFICOS...”**

Es decir, que en eso no ha habido cambio. Y si hay cambio sería porque hay un elemento distinto a lo que hay hasta la fecha. Y si estoy aquí y puedo decir lo que estoy diciendo, gracias a Dios, es que ha habido una continuidad respecto al criterio de independencia y de imparcialidad que tiene la unidad. Creo además, que eso lo valoro muy especialmente. Entiendo que vosotros podáis decir “claro, lo está diciendo”. Pero lo estoy diciendo desde el plano de que día a día lo estoy viviendo. Y eso es intransferible. Es una experiencia personal. Pero sí os digo que si estoy aquí y estoy dando la cara y estoy diciendo lo que estoy diciendo es porque existencia coherencia desde el discurso que estoy diciendo y lo que existe detrás para poder hacerlo.

→ Usted presume con razón de la transparencia de su unidad, pues las resoluciones que toman se publican íntegras en la web de Farmaindustria y en abierto, a disposición de cualquiera. ¿Ha pensado también en la posibilidad de crear un “ránking de las empresas más deontológicas? Por otra parte, ¿le parece bien que algunas compañías prohíban invitar a comer en restaurantes “temáticos” o eso es ya un “exceso de celo”?

→ Contestando a la primera en lo del ranking. Desde determinadas compañías se pide que si pudiera visualizarse algún tipo de elemento que pudiera categorizar la forma en que actúan las compañías. Particularmente, yo pienso que eso son elementos que aunque pudiera ayudar a primera vista, yo creo que lo que buscamos es integrar. Es decir, cuando uno se siente parte del sistema. Cuando tú comparas, tienes que comparar variables homogéneas, no heterogéneas. No puedes comparar un laboratorio que tenga mil personas en la calle a un laboratorio que tenga 20, y cuáles son sus resultados. Porque el esfuerzo tendrá que ser colosal en un caso y colosal en el segundo también. Porque los recursos que se designen a unos y otros serán equiparables en función del número de personas que tenga destinado a la interacción con los profesionales sanitarios. Lo cual, lo del ranking podría dar lugar a confusión. Entre otras cosas porque tú haces un ranking en función a unos criterios y si esos criterios no son suficientemente objetivos, sobre algo en lo cual estamos trabajando. E implica, como muchas veces me habéis oído, que estemos trabajando sobre una gama de grises, y que se nos dice qué gris es el que vale y qué gris el que no vale. Podríamos caer en contradicciones y creo que no beneficia al sistema.

Respecto al segundo caso o exceso de celo, muchos laboratorios farmacéuticos, con independencia al Código de Buenas Prácticas, tiene sus códigos de la propia compañía. Dentro, estos códigos de la propia compañía establecen criterios específicos. Nosotros no entramos en los criterios específicos de los laboratorios. Nosotros entramos en nuestro código. Y en nuestro código, esto que tú has mencionado de porque sea un restaurante temático... yo no lo he visto en ningún lado. Creemos que lo importante es que sea razonable, que sea digno, que sea adecuado a un determinado elemento. No tiene que ser en ningún caso un incentivo. Es decir, elementos que podemos evaluar. Ahora, si ya me estás hablando de un alojamiento que sea específicamente de un parque temático, es muy claro y el código dice que no puede ser. Pero el que sea propietario de uno o propietario de otro, pues no. No entramos en eso. Entramos en otras cosas. Que sea razonable, que los criterios de elección estén adecuados a cual es su objetivo final y, en función de eso, si se puede establecer un criterio si corresponde y si es o no es un incentivo. De hecho, nosotros hemos puesto denuncias cuando creemos que hemos tenido que ponerlas.

El Comisario Europeo de Sanidad llega a Las Palmas de Gran Canaria para asistir al I Foro Internacional de Periodismo Sanitario

- **Profesionales de 80 medios de comunicación europeos y africanos participarán en el Foro**
- **María del Mar Julios acudirá a recibirlo a su llegada al Aeropuerto de Gran Canaria**

La vicepresidenta y consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, María del Mar Julios, recibirá al Comisario Europeo de Sanidad, Markos Kyprianou, a su llegada a Las Palmas de Gran Canaria, quien visita por primera vez la isla para presidir el I Foro Internacional de Periodismo Sanitario. En el mismo vuelo tienen previsto viajar el secretario general del Ministerio de Sanidad y Consumo, José Martínez Olmos, y el delegado de la Comisión Europea en España, José Luis González Vallvé, que también serán recibidos por la vicepresidenta.

La recepción tendrá lugar mañana, jueves 1 de febrero de 2007, a las 22.15 horas, en la Sala de Autoridades del Aeropuerto de Gran Canaria.

Será el primero de los actos que forman parte de este Foro, el primer encuentro de esta naturaleza que se celebra tanto en el ámbito nacional como en el de la UE y que bajo el epígrafe 'Los nuevos Retos de la Sanidad', se desarrollará este viernes y sábado en el Auditorio Alfredo Kraus, organizado por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) y la compañía de investigación farmacéutica Merck Sharp Dohme (MSD).

Al Foro han confirmado su presencia 200 congresistas europeos y africanos, entre los que se incluyen las primeras autoridades sanitarias canarias, españolas y de la UE, representantes de la Organización Mundial de la Salud, investigadores, expertos internacionales en economía, políticas de salud y nuevas tecnologías, así como destacados periodistas procedentes de España, África y Europa. Una representación de cerca de 80 medios de comunicación participarán en el I Foro Internacional de Periodismo Sanitario, de los cuales, once son medios especializados que han mostrado su interés en asistir a este encuentro.

Otro dato a destacar de este foro sanitario es la participación de más de diez directores y subdirectores procedentes de Mauritania, Marruecos y Senegal, que pondrán aportar su visión sobre el periodismo sanitario en sus países de origen, que en la actualidad tratan desde las publicaciones de mayor trascendencia estatal.

De esta forma se congregarán en el Auditorio Alfredo Kraus, un total de 132 profesionales que abordan a diario la información sociosanitaria y sanitaria, quienes atenderán e informarán sobre las mesas de debate que allí se desarrollan.

El I Foro Internacional de Periodismo Sanitario trata de abordar la actualidad sanitaria desde una perspectiva multisectorial. Por este motivo las mesas de debate abordarán temas tales como: 'Los movimientos migratorios y la sanidad', 'El reto de la incorporación de las Nuevas Tecnologías y la innovación a los sistemas sanitarios europeos', 'El compromiso de los medios de comunicación con la información sanitaria', '¿Es necesario un pacto sanitario en España para la sostenibilidad del sistema?', 'Avances y riesgos de la salud en un mundo globalizado'.

Toda la información sobre el I Foro Internacional de Periodismo Sanitario está recogida en internet a través de la web de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. La dirección es: www.gobiernodecanarias.org/sanidad/Foro

La Ministra presentó ayer jueves las líneas generales de esta norma, que eleva sustancialmente la protección de los consumidores

El Ministerio de Sanidad subraya la importancia del reglamento europeo de alegaciones nutricionales, que garantizará que los alimentos no se promocionen con propiedades que no tienen realmente

- La norma comunitaria obliga a que declaraciones nutricionales como “light”, “sin azúcar añadido” o “sin materia grasa”, que son cada vez más usadas en la promoción de los alimentos para atraer la atención de los ciudadanos, se basen en evidencias científicas contrastadas y reales
- El objetivo básico es proteger el derecho de los consumidores a recibir una información veraz sobre los alimentos que adquieren, aumentando su protección frente a informaciones confusas, exageradas o engañosas
- Con este mismo objetivo, se prohíbe que un alimento pueda promocionarse como poseedor de propiedades terapéuticas o curativas y se establecen igualmente restricciones muy rigurosas en lo referente a productos destinados al público infantil
- España ha participado activamente en la elaboración de este reglamento, cuya aplicación comenzará el próximo 1 de julio en toda la Unión Europea

La Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, y el Presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), Félix Lobo, detallaron ayer jueves en rueda de prensa las aportaciones que el **Reglamento europeo relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos** va a introducir en nuestro país y, en general, en toda la Unión Europea. Como ha explicado la Ministra, “esta norma constituye un avance muy importante y una mejora indudable en la regulación de la publicidad y etiquetado de los alimentos”.

El reglamento, que entró en vigor el 19 de enero y cuya **fecha de inicio de aplicación será el próximo 1 de julio**, establece las reglas que deberán seguirse por parte de la industria alimentaria para poder decir que un alimento contiene determinadas propiedades saludables -lo que se conoce como “alegación” o “declaración”-. Entre estas declaraciones figuran, por ejemplo, el hecho de calificarse como “sin materia grasa”, “rico en vitaminas”, “sin azúcar añadido” o “light”, entre otras muchas.

En los últimos años, el desarrollo tecnológico ha influido en los productos alimenticios de manera considerable, puesto que ha permitido el lanzamiento de nuevos alimentos que tienen **valores añadidos sobre los tradicionales**, como los productos “sin”, los dietéticos, los enriquecidos, etc. En consecuencia, cada vez más alimentos han incluido en su etiquetado o publicidad este tipo de declaraciones de propiedades con el fin de mostrar diferencias con respecto a los productos de la competencia y ofrecerse así como más atractivos a ojos de los consumidores. Era necesario, por tanto, adoptar medidas a nivel comunitario para **garantizar que esas alegaciones se realizan en función de evidencias científicas reales** y no recurriendo a mensajes engañosos, exagerados o sin base científica suficiente.

En esencia, como ha recordado la Ministra, “el reglamento va a redundar en favor de la **protección del derecho de los consumidores a una información veraz, contrastada y con un riguroso fundamento científico**, aspecto particularmente relevante en el caso de los alimentos”. Además, indirectamente, esta norma estará al servicio de la **protección de la salud**, puesto que sólo sobre una información veraz y completa puede llevarse a cabo la mejor elección de los alimentos que han de componer una dieta equilibrada. Por último, la norma garantizará también una **competencia justa** entre las diferentes empresas en el ámbito de la publicidad y promoción de los alimentos.

El nuevo reglamento colmará, además, un **cierto vacío legal** que venía existiendo en el ámbito del etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios. Hasta ahora, la legislación comunitaria sólo permitía la formulación de alegaciones a aquellos alimentos o ingredientes que habían sido aprobados mediante un procedimiento específico (los llamados “nuevos alimentos”), pero cerraba esta posibilidad a los alimentos de consumo ordinario y a la mayoría de los alimentos e ingredientes considerados “funcionales”, es decir, con propiedades saludables.

MEJORAR LA PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR

Con la protección del consumidor como principal preocupación, el reglamento garantiza un alto grado de seguridad al reforzar la comercialización de alimentos seguros y con un etiquetado adecuado y comprensible.

En este sentido, se establecen los principios generales que deberán aplicarse a todas las declaraciones de propiedades relativas a un alimento. En esta tarea, prevalecerá por encima de todo el **principio de veracidad** en el contenido de los mensajes, adoptando al mismo tiempo medidas y restricciones para evitar malas interpretaciones o ambigüedades. Además, no se deberá alentar ni aprobar el consumo excesivo de un alimento, ni dar a entender que una dieta equilibrada y variada no proporciona cantidades adecuadas de nutrientes.

Para garantizar la veracidad en el etiquetado y la publicidad, la Ministra ha recordado que **las empresas deberán demostrar que efectivamente existe un efecto nutricional o fisiológico beneficioso en el alimento**, basándose para ello en pruebas científicas que estén internacionalmente aceptadas. Además, habrá de garantizarse que la sustancia objeto de la declaración esté presente en el producto final en cantidades que sean suficientes, o que esté ausente o presente en cantidades suficientemente reducidas para producir el efecto nutricional o fisiológico declarado. Por último, se tendrá que probar también que el efecto nutricional o fisiológico al que se alude se alcance con la cantidad de alimento que sea razonable esperar que se consuma.

CATEGORÍAS DE DECLARACIONES

Siguiendo estos principios, el reglamento establece que sólo se podrán realizar declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en **tres categorías** y siguiendo el criterio general de que **sean fácilmente comprensibles por parte de un consumidor medio**. Estas tres categorías son las siguientes:

Las llamadas “**declaraciones nutricionales**” o “**de contenido**”, que son aquellas que afirman, sugieren o dan a entender que un alimento posee propiedades nutricionales benéficas específicas por razón de su aporte energético (valor calórico) o por los nutrientes u otras sustancias que contiene o no contiene (por ejemplo, “bajo en calorías, sal o azúcar” o “rico en vitaminas, fibra o proteínas”).

Las “**declaraciones de propiedades saludables**”, que son las que dan a entender que existe una relación entre una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus componentes y la salud. La publicidad está llena de ejemplos de este tipo de declaraciones que se refieren a alimentos que, por contener un determinado ingrediente, son buenos para las defensas del organismo o nos ayudan a reforzar nuestra salud o a reducir el colesterol.

Las “**declaraciones de reducción del riesgo de enfermedad**”, que son aquellas que afirman que el consumo de un alimento o de uno de sus constituyentes reduce significativamente un factor de riesgo de aparición de una enfermedad (como, por ejemplo, anuncios o etiquetas de alimentos que afirman que disminuye el riesgo de padecer isquemia coronaria o accidentes cerebrovasculares).

De las tres categorías de declaraciones nutricionales, se ha adoptado ya un listado relativo a las primeras, que figura como anexo en el reglamento, y, en la actualidad, se trabaja por parte de la Comisión Europea en la elaboración de los dos restantes.

ALEGACIONES CURATIVAS Y “PERFILES NUTRICIONALES”

El reglamento **no permite en ningún caso las alegaciones terapéuticas o curativas**, y adopta un sistema de precauciones y evaluaciones de creciente complejidad a medida que las alegaciones evolucionan desde la simple exaltación de contenidos a los mensajes saludables o preventivos. También establece **restricciones y cautelas muy rigurosas en las alegaciones que, directa o indirectamente, puedan considerarse destinadas al público infantil** (como, por ejemplo, aquellas relativas a que un determinado producto “ayuda al crecimiento de tus hijos”).

Con objeto de impedir que se formulen alegaciones en favor de productos que, por otra parte, presentan un perfil no saludable (como, por ejemplo, el alcohol en las bebidas alcohólicas o el exceso de grasa o de azúcar en determinados productos), el reglamento establece el concepto de “**perfil nutricional**”, acotando con ello las líneas generales de la composición de un alimento para que se le permita formular alegaciones. Esto significa que cuando en un alimento concurren de forma natural propiedades beneficiosas con otras no deseables resultantes de su composición, podrán exaltarse las propiedades positivas pero explicando con claridad al mismo tiempo los efectos no saludables ligados al consumo de dicho alimento.

Las **bebidas alcohólicas** no podrán acogerse a esta modalidad de “perfiles nutricionales”, puesto que el reglamento descarta cualquier posibilidad de formular alegaciones saludables en este tipo de bebidas con una graduación superior al 1,2%. De éstas sólo podrá alegarse, como dato positivo, la disminución de su grado alcohólico o de su contenido calórico. Por tanto, como ha recordado la Ministra, “no podrán difundirse, de acuerdo con esta normativa europea, comunicaciones comerciales diciendo, por ejemplo, que la ingesta de vino es beneficiosa para el buen funcionamiento del corazón”.

PAPEL DE LAS AGENCIAS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Como ha dicho Elena Salgado, la naturaleza jurídica del reglamento hace de él una **norma obligatoria** en todos sus apartados y es directamente aplicable en cada Estado miembro, sin que para ello tenga que producirse una adaptación o trasposición a los ordenamientos jurídicos de los distintos países de la Unión.

Para su aplicación y seguimiento, el reglamento implica a las autoridades sanitarias de todos los Estados miembros de la Unión Europea, concediendo un papel destacado a la **Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)** en la evaluación de las bases científicas sobre las que se pretendan sustentar las alegaciones más próximas a los mensajes preventivos, así como en el establecimiento de los “perfiles nutricionales”.

La EFSA trabajará en red con los organismos homólogos de los países. En el caso de España, será la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)**, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, la responsable de la aplicación coordinada del reglamento, lo que se hará en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas. Igualmente, será la AESAN la que participará, con la EFSA, en la evaluación de las bases científicas de las alegaciones, particularmente las que se planteen desde la industria alimentaria española.

La Comunidad de Madrid regula el proceso estatutario de los profesionales del sistema sanitario madrileño

- **Los profesionales tendrán garantizados el reconocimiento de los mismos derechos independientemente del centro donde trabajen**
- **Tendrá carácter voluntario, permitirá homogeneizar el régimen laboral del personal y facilitará la movilidad de profesionales**
- **La nueva norma redundará en una mejora de la gestión de las instituciones sanitarias de la región**

El Consejo de Gobierno aprobó ayer el decreto por el que se regula el proceso voluntario de integración en el régimen estatutario del personal laboral y funcionario que presta sus servicios en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. Con esta norma, según explicó el vicepresidente primero y portavoz, Ignacio González, el Gobierno regional consolida el proceso de homogeneización del régimen laboral de los profesionales, iniciativa que permite profundizar en el proceso de desarrollo profesional del personal y redundará en una mejora de la gestión de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid.

El decreto, cuyo texto fue ratificado en un acuerdo alcanzado con las organizaciones sindicales en el seno de la Mesa Sectorial el pasado mes de junio, contribuye a la consecución de un modelo único de gestión del personal y facilitará, además, la movilidad de los profesionales dentro del sistema sanitario. El acuerdo supone un ejemplo más de la política del Gobierno regional de consensuar con las organizaciones sindicales la introducción de mejoras en las condiciones laborales de los profesionales que desarrollan su labor en los centros asistenciales madrileños.

Con esta iniciativa se facilita que los médicos y enfermeras de los centros sanitarios públicos que ya pertenecían a la Comunidad de Madrid antes del traspaso de competencias en materia sanitaria puedan acogerse también a la aplicación de la carrera profesional recientemente acordada por el Gobierno regional. Gracias a esta medida, los profesionales sanitarios de la región tendrán garantizados el reconocimiento de los mismos derechos laborales y mejoras retributivas con independencia del centro asistencial donde desempeñan su labor.

Unificación del régimen jurídico

Las dificultades de gestión que implica la coexistencia de tres regímenes jurídicos distintos –el funcional, el laboral y el estatutario–, así como la imposibilidad de movilidad del personal entre puestos o plazas dentro del sistema sanitario, ha originado la necesidad de unificar las distintas relaciones de empleo en un solo régimen jurídico, que en aplicación del Estatuto Marco, debe ser el estatutario. Con el fin de garantizar que el mayor número de candidatos opten voluntariamente al proceso de integración, la Consejería de Sanidad y Consumo establecerá las órdenes de integración que sean necesarias.

En este sentido, sin perjuicio de que las órdenes de desarrollo establezcan los requisitos específicos para cada categoría, con carácter general, el Decreto contempla que serán requisitos exigibles, entre otros: ser personal fijo o funcionario de carrera que preste sus servicios en el Servicio Madrileño de Salud; pertenecer a un cuerpo o categoría equivalente a la categoría en la que se pretende la integración; así como estar en posesión de la titulación exigida por la legislación aplicable en cada caso específico, salvo que se cuente con la autorización o habilitación prevista en el Estatuto Marco. Los efectos de la integración voluntaria como personal estatutario serán tanto jurídicos como económicos y ambos se producirán desde la fecha de la resolución definitiva de cada una de las convocatorias de integración.

El centro recibió ayer jueves la certificación de calidad ISO 9001:2000 por la excelencia de su servicio a los usuarios

El Laboratorio de Urgencias del Hospital de Móstoles procesó 433.976 pruebas, un 3 % más que en 2005

- **Recibió a lo largo del año pasado 78.231 peticiones urgentes con un promedio de 214 diarias**



El Hospital de Móstoles, perteneciente a la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid, ha obtenido el certificado de calidad ISO 9001:2000 que acredita las actividades del laboratorio de Urgencias de Bioquímica para los procedimientos preanalíticos, analíticos y postanalíticos en las determinaciones de bioquímica en suero y orina, fármacos, drogas de abuso en suero y orina, urianálisis y el estudio de fluidos biológicos. La entrega oficial de la certificación se celebró ayer, en el centro hospitalario, en un acto presidido por la viceconsejera de Sanidad y Consumo, Belén Prado. Durante dicho acto, se ha reconocido el esfuerzo de los profesionales del centro por ofrecer un servicio de excelencia a los usuarios y se ha incidido en la orientación de este tipo de normas hacia la gestión integrada de los procesos, la mejora continua y la medición de la satisfacción del usuario.

El Laboratorio de Urgencias de Bioquímica recibió a lo largo del año pasado 78.231 peticiones urgentes con un promedio de 214 peticiones al día y realizó 433.976 pruebas, con una media de 1.189 pruebas al día y 5,5 pruebas de media por paciente, lo que ha supuesto un incremento de actividad del 3% respecto al año 2005. El proceso de certificación ha sido posible gracias a la implicación de todo el personal que trabaja en el laboratorio, que funciona 24 horas al día los 365 días del año para tramitar cualquier petición urgente de los diferentes servicios del Hospital de Móstoles y del Área 8 de Atención Primaria.

La plantilla del Laboratorio de Urgencias de Bioquímica está formada por un facultativo responsable, un facultativo de guardia, un enfermero, nueve técnicos de laboratorio y cuatro auxiliares de Enfermería que, coordinados por el responsable de Calidad del Servicio de Análisis Clínicos han colaborado activamente en la implantación de la norma ISO 9001:2000.

Apuesta por la mejora continua de la calidad

Después de haber certificado la calidad del trabajo del Laboratorio de Urgencias de Bioquímica, el centro hospitalario pretende seguir impulsando la mejora continua y apuesta por el proceso de certificación en todas las áreas de laboratorio. Asimismo, ya han comenzado los trabajos para certificar la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y está previsto que otras unidades no asistenciales del Hospital de Móstoles certifiquen su trabajo en los próximos meses para avanzar en la mejora continuada de la calidad.

Tras la reunión mantenida con los responsables de política social del PP de España

El PP pide al Ministro Caldera que haga públicas las listas de personas dependientes que esperan los servicios de la Ley

- **Ana Pastor advierte de que “con la dependencia no se puede actuar con criterios partidistas ni nacionalistas”**
- **Reprocha que con la composición del Consejo Territorial éste órgano actuará “con el rodillo de quien esté en el Gobierno”**

La secretaria ejecutiva de Política Social y Bienestar del Partido Popular ha pedido a Caldera que haga públicas las listas de personas dependientes que esperan recibir las prestaciones y servicios previstos en la Ley, con objeto de “garantizar la transparencia”. Asimismo, ha reprochado al Gobierno que no haya informado a los Ayuntamientos del desarrollo de la Ley. Ana Pastor se ha reunido en Madrid con los responsables de política social del Partido Popular en España, de Diputaciones, Parlamentos Autonómicos y Ayuntamientos, donde, entre otros asuntos, han analizado la situación en que se encuentra el desarrollo de la Ley de Dependencia y su implantación. La dirigente popular ha trasladado la preocupación de los representantes municipales por el retraso en el desarrollo de la ley y la falta de información, ya que, como ha explicado Ana Pastor, el Ejecutivo no ha facilitado a los municipios información alguna para atender a los ciudadanos que se acercan a los Ayuntamientos.

INFORME DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA GENERALITAT

Sobre el informe del Consejo Consultivo de la Generalitat que plantea la inconstitucionalidad de la Ley de Dependencia, ha advertido que “con la dependencia no se puede actuar con criterios partidistas ni nacionalistas”. “No es posible que una ley tan importante pueda ponerse en peligro por intereses nacionalistas. Es un derecho subjetivo y universal y así lo vamos a seguir defendiendo, porque las personas dependientes de nuestro país lo necesitan con la mayor urgencia”, subrayó. En este sentido, ha recordado que el PP ha defendido que el derecho a la dependencia sea el mismo para todos los españoles y que no haya “asimetría” en dependencia y ha pedido al presidente de la Generalitat que explique si va a utilizar ese informe para recurrir la ley. Otra de las preocupaciones que le han trasladado los representantes municipales y autonómicos del PP a Ana Pastor ha sido la necesidad de que se establezcan unos criterios objetivos de reparto económico. “Por eso le pedimos al Gobierno transparencia y que el principio de igualdad real de los españoles se cumpla en la Dependencia”. Para ello, ha pedido que el baremo “sea el mismo para toda España”, y que se garantice a través de criterios claros. En este sentido, ha lamentado la falta de claridad y concreción en el borrador de Reglamento de Baremo presentado por el Ejecutivo, que, a su juicio, “contiene un gran déficit en los criterios”.

CONSEJO TERRITORIAL

Por otro lado, Ana Pastor ha vuelto a denunciar la forma en que se ha constituido el Consejo Territorial porque la mayoría siempre la tendrá quien gobierne. “Con esta composición, este órgano no actuará como consejo territorial, sino con el rodillo de quien esté en el Gobierno”, ha lamentado. La secretaria ejecutiva del PP advierte que la política de dependencia no puede ser partidista. “Apoyamos y apoyaremos la ley, pero le pedimos al Gobierno transparencia y que se cumpla el principio de equidad para todos los españoles, por ser un derecho subjetivo y universal”, concluyó.

Las males artes del SAS no impiden el seguimiento de la huelga

**LOS MÉDICOS ANDALUCES MANIFIESTAN CLARAMENTE
SU RECHAZO A LA FORMA DE IMPLANTAR EL PLAN DE
REORDENACIÓN DE URGENCIAS**

El Sindicato Médico Andaluz quiere hacer pública su gran satisfacción al conocer el comportamiento de los médicos andaluces ante la convocatoria de huelga en el Servicio Andaluz de Salud. Ni la imposición de unos servicios mínimos “militarizantes” ni las múltiples amenazas recibidas, directa o indirectamente, han impedido que la participación efectiva, en términos de ausencia al puesto de trabajo, de aquellos a quienes no se les habían asignado servicios mínimos haya sido casi del 90%. El apoyo a la huelga entre aquellos que han sido nombrados de servicios mínimos, manifestado por sus pegatinas en los uniformes o por carteles informativos en su centro de trabajo, podemos estimarlo en más del 80%.

El gran asunto del día ha sido protagonizado por el uso totalitario y con abuso de poder de unos servicios mínimos, impuestos por la Consejería, que han forzado a mantener en activo a más de 12.000 facultativos de los casi 15.000 que prestan sus servicios en el SAS. Curiosamente bastantes más de los que según las vicisitudes ordinarias de los centros trabajan a diario en los hospitales y consultorios de nuestra comunidad.

A este hecho, claro ejemplo de maniobra coactiva del derecho a huelga de un colectivo profesional, hay que añadirle las múltiples maniobras protagonizadas por los responsables de los centros comunicando verbalmente el nombramiento de servicios mínimos a altas horas de la noche o incluso esta misma mañana, incumpliendo el procedimiento reglamentario.

Respecto al colectivo MIR, las maniobras desinformativas y las coacciones han estado a la orden del día pero no han podido evitar su participación en estas movilizaciones, especialmente destacadas en algunas provincias.

El mensaje está enviado y el SAS y la Consejería no han podido evitar que les llegue a pesar de sus detestables actuaciones dignas del más puro régimen totalitario.



EL COLEGIO MÉDICO DE BALEARES OFRECE A TODOS LOS COLEGIADOS ACCESO A LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD A TRAVÉS DE SU PÁGINA WEB



El Col·legi de Metges de Balears y la Conselleria de Salut han firmado un convenio por el que, mediante la web colegial www.comib.com, los más de 4.400 colegiados en las Islas podrán acceder a este servicio de documentación biomédica, con más de 20 bases de datos y 2.500 revistas. El Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears (Comib) ofrece ya a todos los colegiados de las Islas acceso a la Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud, a través de su web www.comib.com, mediante un convenio firmado con la Conselleria de Salut i Consum. El acuerdo permitirá que los más de 4.400 médicos colegiados en Baleares, incluidos los que trabajan para la medicina privada, puedan acceder a toda la base documental contenida en esta Biblioteca Virtual de la Conselleria de Salut, a la que hasta ahora sólo podían acceder desde sus puestos de trabajo los facultativos del Servicio Balear de Salut (Ib-Salut).

Mediante el citado convenio los colegiados de Baleares podrán acceder a algunas de las plataformas de información científica más importantes, como la Ovid o Ebscohost, a más de 20 bases de datos bibliográficas especializadas en Medicina y más de 2.500 revistas electrónicas. Según ha explicado el director general de Evaluación y Acreditación de la Conselleria de Salut, Jaume Orfila, esta Biblioteca Virtual “es un conjunto de herramientas y recursos de apoyo para la labor asistencial, docente, investigadora y de gestión sanitaria”. El director del área colegial de Formación Médica Continuada del Col·legi Oficial de Metges, Federico Sbert, ha mostrado su satisfacción por el convenio firmado con Salut, ya que “una de las finalidades del Comib es la mejora constante de los niveles científicos y profesionales de los médicos colegiados”.

El acuerdo también permitirá obtener a los profesionales la copia de los artículos solicitados desde las bibliotecas biomédicas del sistema público de salud de Baleares, a través de la web del Comib, y permitirá organizar periódicamente actividades formativas en materia de documentación biomédica dirigidas a los nuevos colegiados del Col·legi de Metges de Baleares. Para acceder a la Biblioteca Virtual a través de la web www.comib.com, los colegiados deben solicitar su clave de acceso en el propio Col·legi de Metges o a través del teléfono 971 722200.



El grupo de Urgencias Hospitalarias del Colegio de Médicos de Pontevedra denuncia la insostenible situación de los facultativos de los Hospitales de Pontevedra y Vigo

El grupo de trabajo de Urgencias Hospitalarias del Colegio de Médicos de Pontevedra, que reúne a representantes de todos los Servicios de los Hospitales públicos de la provincia, denuncia la problemática que en relación a las urgencias pediátricas se está viviendo en el CHOP y en el CHUVI. Con respecto al primero de estos complejos hospitalarios, el de Pontevedra, la situación ha llegado a un punto insostenible. La plantilla de médicos de Urgencias Pediátricas resulta totalmente insuficiente, por lo que los profesionales han tenido que soportar calendarios laborales con una sobrecarga de horas muy importante, un porcentaje significativo de dicho personal está con contratos precarios y sometidos a una sobrecarga tal que ha provocado una repercusión muy negativa en su salud laboral. Todo ello viene arrastrándose desde la creación de dicho Servicio que se remonta a la fusión de los Hospitales Provincial y Montecelo en marzo de 2001.

En el último mes, dicha situación ha conducido a que se recurra a la derivación de profesionales del Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital Montecelo para cubrir la atención de las Urgencias Pediátricas. De hecho, se ha llegado a trasladar durante una guardia de domingo a un profesional de Urgencias de Adultos a Urgencias Pediátricas, aún cuando la Dirección del centro era conocedora de la falta de personal en este servicio desde varios días antes.

El personal de Urgencias de Adultos del CHOP está totalmente en contra de ser trasladado a realizar su trabajo a Urgencias de Pediatría. En los últimos 6 años no han visto pacientes en edad pediátrica y consideran que es de todo punto irresponsable, por parte de la Dirección, hacerlos asumir este trabajo. Están convencidos de que supondría una disminución en la calidad de la asistencia y una sobrecarga de estrés para los profesionales, con riesgo para su salud laboral.

Los médicos del Servicio de Urgencias de Adultos del CHOP han planteado un ultimátum a la Gerencia para que se resuelva esta situación de forma inmediata, exigiendo además la dimisión del equipo directivo, puesto que son responsables de la misma. En cuanto a la problemática del CHUVI, recientemente se ha inaugurado, de forma precipitada, incompleta e improvisada, la nueva Área de Urgencias Pediátricas. La atención de este servicio es asumida por pediatras pero la Gerencia del CHUVI pretende que las urgencias traumatológicas y de cirugía menor se realice en el Área de Urgencias de Adultos, por parte del personal de este último. Esto, considera el grupo de trabajo de Urgencias de este Colegio, es inaceptable, puesto que los circuitos de circulación de los pacientes no proporcionan una atención urgente integrada a los niños. De hecho, se dan situaciones absolutamente inadecuadas, como que los menores sean atendidos en los mismos espacios que pacientes adultos con patologías infecciosas severas (drenaje de abscesos, etc.) y niños con heridas leves.

Además, la precipitación para poner en marcha las nuevas instalaciones ha provocado anomalías como que los pacientes pediátricos críticos sean atendidos en el "box" de críticos de Adultos, puesto que el inaugurado ahora no está equipado aún de forma completa. Los profesionales de Urgencias de Adultos del Hospital Xeral de Vigo plantean, de forma enérgica, la puesta en marcha de un Servicio de Urgencias Pediátricas integral, que asuma toda la patología urgente de su área de una forma absolutamente independiente del Servicio de Urgencias de Adultos. Los facultativos se niegan a continuar asumiendo las Urgencias Traumatológicas y de Cirugía Menor de los pacientes pediátricos.

Blasco presentó el Plan de la Diabetes de la Comunidad Valenciana hasta 2010

La Generalitat Valenciana dotará de al menos dos endocrinólogos las unidades de diabetes en todos los departamentos

- **El objetivo es mejorar y mantener la salud y el estado de bienestar físico, psíquico, familiar y social**
- **La diabetes afecta al 13,3% de la población valenciana**
- **El 47% de los afectados desconoce que padece esta enfermedad**

El consejero de Sanidad, Rafael Blasco, presentó ayer jueves el Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana, previsto hasta 2010, cuyos principales objetivos se centran en aumentar los recursos destinados al estudio y tratamiento de esta enfermedad.

De este modo, se dotará de al menos dos endocrinólogos estas unidades, incluyendo un incremento en recursos tecnológicos, una mayor formación de los especialistas de esta área y la creación inmediata de la unidad en el hospital de Torrevieja, de modo que los 22 departamentos de salud cuenten con unidades de diabetes.

Todo ello encaminado, según el titular de Sanidad, “a mejorar la calidad asistencial del paciente, de forma que se mejore su salud y se consiga una expectativa de vida normal”.

Rafael Blasco añadió que “el programa es el resultado de un esfuerzo, apoyo y compromiso firme de la conselleria de Sanitat, los profesionales sanitarios, las sociedades científicas y las asociaciones de diabéticos.”

Según los datos del “Estudio Valencia” la prevalencia de diabetes en la Comunidad Valenciana es del 13,3%. Sin embargo, un 47% de los afectados desconocen que la padecen. Por eso, este Plan busca la reducción del tiempo de demora en su reconocimiento clínico, con el objetivo de evitar complicaciones crónicas y limitaciones de la supervivencia de los afectados.

Por su parte, Miguel Catalá, director del Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana y jefe de sección de Endocrinología y Nutrición del hospital Clínico Universitario de Valencia, ha señalado que “el desarrollo actual de nuestro Plan de Diabetes es una evidencia que apoya la implantación de los planes de diabetes en otras comunidades, ya que una intervención adecuada consigue mejorar la evolución de la enfermedad y consecuentemente reducir de forma marcada los costes sanitarios y los soportados por los pacientes y sus familiares”.

De este modo, este programa es un modelo asistencial que pretende el abordaje integral de la diabetes, con la finalidad de proporcionar los cuidados sanitarios y terapéuticos a los ciudadanos que la padecen y conseguir ausencia de sintomatología, prevenir la aparición de complicaciones, tanto agudas como crónicas y reducir el riesgo de enfermedad macrovascular.

Propósitos del Plan de Diabetes de la Comunitat Valenciana

El Plan de Diabetes, implantado por la consejería de Sanidad debido al gran impacto de la enfermedad, es un proyecto pionero en España y ha sido tomado como modelo en otras autonomías.

En la Comunidad Valenciana, el gasto anual global estimado en la diabetes, sin contabilizar tecnología, gastos de laboratorio, radiología y otras exploraciones, costes de especialistas consultores y actuaciones realizadas ha sido de más de 88 millones de euros.

El programa desarrollado por Sanidad, que cumple las recomendaciones de la Declaración de Saint Vincent, es un modelo de asistencia sanitaria para los ciudadanos con diabetes, que tiene el objetivo de conseguir un control clínico de la enfermedad, evitar la aparición de complicaciones crónicas y que la expectativa y calidad de vida de las personas con diabetes sea similar al de la población en general, así como reducir el gasto sanitario individual e institucional.

La consejería de Sanidad es consciente de que la inversión realizada en el Plan de Diabetes para conseguir un mejor cuidado de la enfermedad supone un esfuerzo económico muy importante, que reportará su recompensa como consecuencia de la reducción de las complicaciones crónicas, con el consiguiente descenso del gasto sanitario.

Diabetes: problema de salud pública en sociedades desarrolladas

La diabetes en la actualidad es un problema creciente de salud pública, por su elevada prevalencia y por el consabido riesgo de desarrollo de complicaciones crónicas, que afectan a los ojos, riñones, corazón o miembros inferiores, evitables con el control adecuado de la enfermedad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes afectaba a 117 millones de personas en 2000 y se espera que en 2025 afecte a más de 300 millones de personas.

Así, la OMS considera la diabetes como una epidemia y las causas de su incremento se centran en el cambio del estilo de vida, sobre todo en el consumo de dietas ricas en grasas y la reducción de actividad física, consecuencias del desarrollo socioeconómico de la sociedad occidental, y la mayor longevidad de la población. Estos factores de riesgo se manifiestan, sobre todo, en sociedades desarrolladas y requieren de planes para frenar el aumento de casos.

Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana

La diabetes mellitus

La diabetes mellitus engloba un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas cuyo denominador común es la hiperglucemia crónica (aumento de glucosa en sangre), provocada por defectos en la secreción de insulina, de su acción, o de ambas a la vez y que está acompañada, en menor o mayor grado, de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las grasas y de las proteínas.

La hiperglucemia crónica se asocia a largo plazo con disfunción, lesión y fracaso de varios órganos, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Los síntomas que acompañan a la hiperglucemia son un aumento de la sed, poliuria (orinar mucho) y pérdida de peso acompañada de aumento de apetito. En ocasiones puede originar visión borrosa y susceptibilidad para padecer infecciones.

Costes económicos

La diabetes supone importantes esfuerzos económicos, tanto para los pacientes y familiares como para el sistema de atención sanitaria.

Los costes pueden ser directos, cuando hacen referencia a la hospitalización, gastos de laboratorio, consultas, medicación o tratamiento; o bien indirectos, a partir de la pérdida de productividad, jubilación anticipada o incluso muerte precoz. Esto sin olvidar los efectos psicológicos, que perjudican la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

El diagnóstico de la diabetes comporta un impacto emocional y social en los pacientes y en sus familiares, que puede originar alteraciones psicosociales.

En la Comunidad Valenciana, el gasto anual global estimado en la diabetes, sin contabilizar tecnología, gastos de laboratorio, radiología y otras exploraciones, costes de especialistas consultores y actuaciones realizadas ha sido de más de 88 millones de euros.

Al menos dos endocrinólogos en cada unidad de diabetes

El Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana presentado hoy por el consejero de Sanidad, Rafael Blasco, ha proyectado unas acciones concretas para conseguir estos objetivos:

- Dotar a todas la unidades de diabetes de al menos dos especialistas en Endocrinología. Hasta hoy, todos los hospitales cuentan con al menos uno.
- Acreditar la unidad de diabetes del hospital de Torrevieja, de modo que los 22 departamentos dispongan de una unidad de estas características.
- Potenciar la participación y protagonismo de Atención Primaria en la articulación del Plan;
- Implantar de forma progresiva una educación diabetológica eficaz en todos los departamentos, con la colaboración del responsable de la unidad de diabetes y del coordinador de Atención Primaria.
- Incrementar la dotación y la dedicación de personal para la educación diabetológica.
- Incrementar la tecnología en las unidades de diabetes.
- Cursos de formación para médicos y educadores.
- Campañas de comunicación a la población general sobre los factores de riesgo, como la mala alimentación y la falta de ejercicio, a través de conferencias en ayuntamientos y asociaciones.

- Incrementar el desarrollo de unidades específicas, con el fin de conseguir una mayor especialización en la atención a los pacientes diabéticos.
- Concluir el “Estudio Valencia” sobre Diabetes y Síndrome Metabólico, cuyos resultados permitirán conocer el estado de la salud y plantear recursos sanitarios y planificar actuaciones en materia de salud pública.
- Iniciar el registro de diabetes y complicaciones a través de Abucasis II.
- Nombramiento de la nueva junta coordinadora del Plan de Diabetes, donde se introducen un representante de Atención Primaria y un representante de la Federación Valenciana de Diabetes.

Tipos de diabetes mellitus

Actualmente, la diabetes mellitus se clasifica en cuatro grandes grupos:

Diabetes tipo 1:

Se produce por la existencia de anticuerpos en sangre que atacan al páncreas y destruyen las células beta del páncreas, que son las creadoras de insulina. De este modo, se produce una falta absoluta de insulina y sin su administración los pacientes no podrían vivir.

Representa entre el 5% y el 10% de todos los casos de diabetes. Interviene en su aparición una predisposición genética, aunque no es hereditaria, y factores ambientales que no están concretados. Suele aparecer en la infancia o juventud, aunque puede darse en cualquier edad.

Diabetes tipo 2: relacionada con la obesidad.

Es un defecto progresivo en la secreción de insulina, sobre un trasfondo de resistencia a la acción de esta sustancia. Los pacientes que la sufren tienen insulina en sangre normal o elevada, pero no actúa adecuadamente a nivel periférico, en músculos y grasa.

El exceso de producción de insulina por el páncreas para mantener la glucosa en sangre normal, hace que al final se agote el páncreas y, con los años, se agota la liberación de insulina, de modo que se precisa su administración artificial.

Representa entre el 90% y 95% de todos los casos de diabetes y suele aparecer acompañada de obesidad. Los factores ambientales, como la alimentación o la realización de ejercicio, son importantes en su aparición. El riesgo de padecerla aumenta con la edad, de modo que más frecuente en adultos que en niños, aunque en los últimos años la padecen más jóvenes cuando hay obesidad. Muchos de los afectados desconocen que la padecen y puede desarrollar complicaciones crónicas.

Diabetes gestacional:

El número de embarazadas afectadas por diabetes ha aumentado en los últimos años, alcanzando al 12%. Generalmente desaparece después del parto, pero las mujeres pueden desarrollarla después.

Otros tipos de diabetes:

Los demás tipos de diabetes aparecen por diversas causas: defectos genéticos en la función de la célula beta o en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías o puede estar inducida por fármacos o sustancias químicas.

Las complicaciones crónicas dependen fundamentalmente del tiempo de evolución de la diabetes. La demora en su reconocimiento clínico se relaciona con la limitación de la supervivencia de las personas afectadas, de ahí el esfuerzo de instituciones y profesionales por el desarrollo de este Plan de Diabetes.

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL DE TORREVIEJA

- Resumen Ejecutivo -



- ▶ Estudio nº: 6402
- ▶ Responsables de GfK Emer Ad-Hoc Research :
- ▶ Antonio Durán
- ▶ E-mail: antonio.duran@gfk-emer.com
- ▶ Teléfono de contacto: 96 352 07 67 – 629.23.23.92
- ▶ Fecha: 29 de Diciembre de 2.006

Objetivos del estudio

2

ESTABLECER LOS ATRIBUTOS A MEDIR EN EL ESTUDIO

Experiencia **GfK** en este tipo de estudios en el sector sanitario

Aportaciones realizadas por el Dpto de Calidad del propio **Hospital de Torrevieja**

FASE CUANTITATIVA

Conseguir una imagen real de la situación actual de estos servicios en el Hospital

OTRAS VARIABLES INTRODUCIDOS EN EL ESTUDIO:

- Nacionalidad del paciente (español, extranjero)
- Lugar de residencia (Torrevieja, resto del Area y fuera)
- Comentarios cualitativos realizados por los propios pacientes.



TORREVIEJA SALUD - UTE
DEPARTAMENTO DE SALUD 22

GfK

Metodología: Ficha Técnica

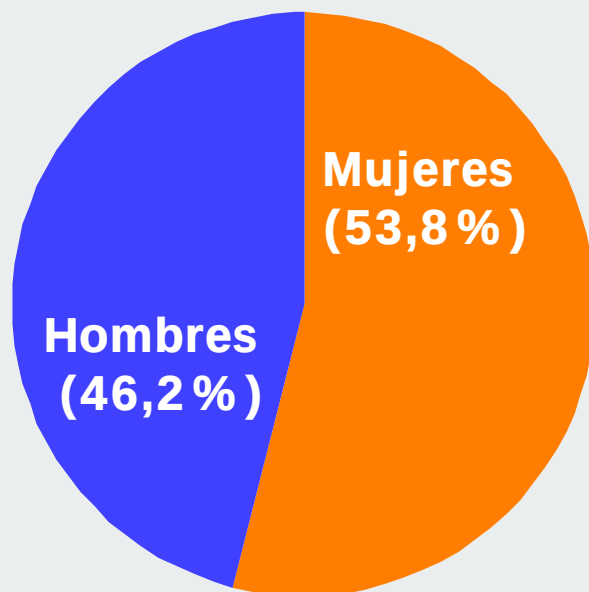
3

- ➔ **UNIVERSO:** Pacientes atendidos en Consultas, Urgencias y Hospitalización en el Hospital de Torrevieja durante la semana del martes 12 al miércoles 20 de Diciembre.
- ➔ **TIPO DE ENTREVISTA:** Encuesta personal de 8-10 minutos de duración en las 3 **puertas de Urgencias y de Consultas**. En Hospitalización han sido autocumplimentadas (ver pag siguiente). 50% en inglés y alemán con entrevistadores experimentados.
- ➔ **PERSONA ENTREVISTADA:** Personas que hayan sido atendidos personalmente ese mismo día en el hospital (a la salida), o su madre/padre en el caso de niños de corta edad, así como a los hijos en caso de personas de edad avanzada.
- ➔ **TAMAÑO MUESTRAL:** Se han realizado un total de **485 entrevistas** lo cual supone trabajar con un error muestral del **$\pm 4,5\%$** , para un nivel de significación del 95%. Se ha trabajado con muestras independientes para **Hospitalizados (84), Consultas (285) y Urgencias (116)**.
- ➔ **DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA:** Se ha realizado de forma proporcional por horas de acceso (en Urgencias se realizaron por la mañana y por la tarde, en Consultas Externas por la mañana) y aleatoria por el tipo de paciente.

Características sociodemográficas del Paciente ⁽¹⁾:

Sexo y edad

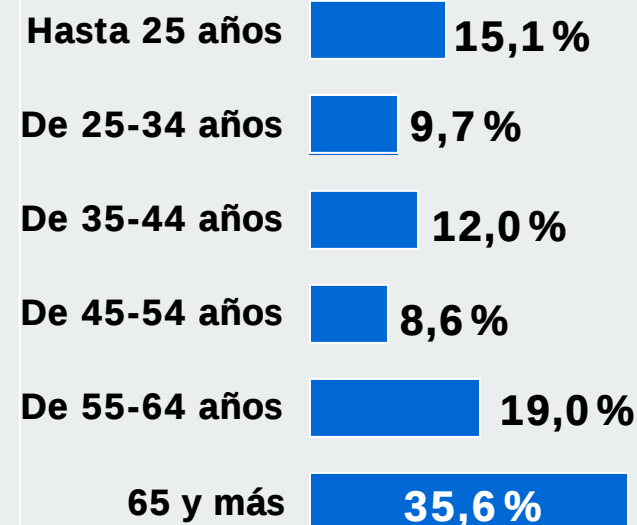
SEXO



EDAD DEL PACIENTE

4

Edad Media
51 años



- ➔ Un 21% son acompañantes de hijos pequeños o de ascendientes mayores.
- ➔ Mayor presencia de hombres en Urgencias, personas de más edad entre los hospitalizados y más jóvenes en Urgencias.

Unidad: Porcentaje
Base: Total muestra (485)

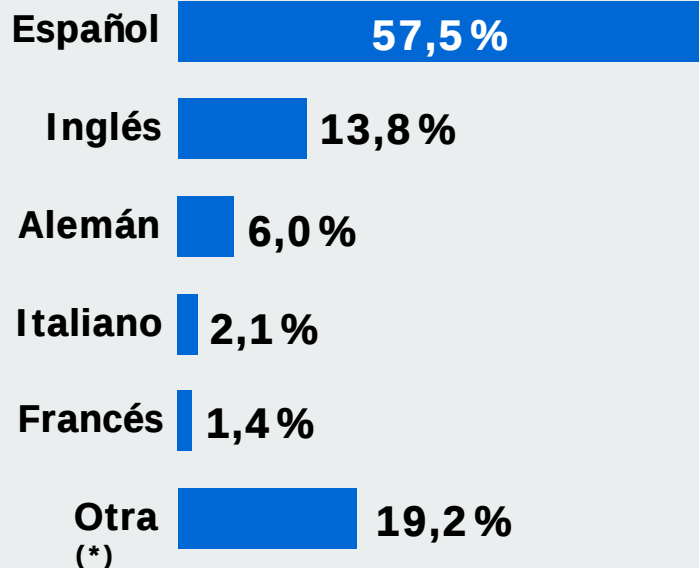
Unidad: Porcentaje y media
Base: Total muestra (485)

(1) Las características sociodemográficas recogidas corresponden al paciente que ha sido atendido en el Hospital

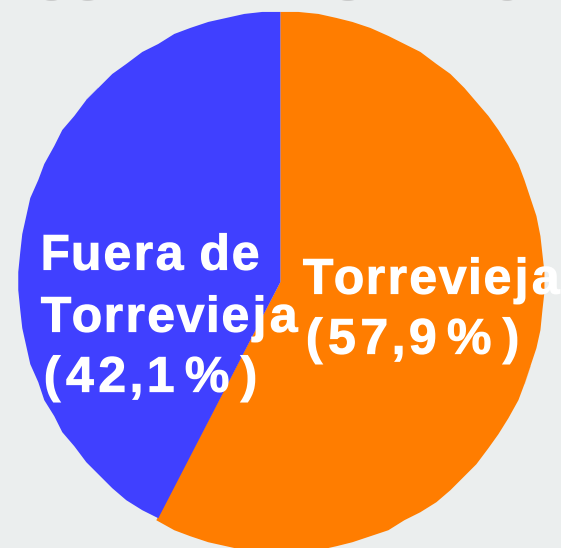
Características sociodemográficas:

Nacionalidad y lugar de residencia

NACIONALIDAD



LUGAR DE RESIDENCIA



Español	Extranjero	Lugar de atención	Torrevieja	Fuera de Torrevieja
60	40	Hospitalizado	61	39
50	50	Urgencias	65	35
60	40	C. Externas	54	46
57	43	TOTAL	58	42

Unidad: Porcentaje
Base: Total muestra (485) y sobre
pacientes atendidos en cada servicio

(*) Sudamericanos (8'3%), Unión Europea (3'7%), Este de Europa (2'7%), Norte de Africa (2'7%). Entrevistados de 33 nacionalidades diferentes



TORREVIEJA SALUD - UTE
DEPARTAMENTO DE SALUD 22

Valoración Global del Hospital en su conjunto

6

MEDIA

Pacientes Hospitalizados

91,0

6,4 2,6

8,71

Pacientes Consultas externas

91,2

7,7 1,1

8,39

Pacientes Urgencias

87,8

7,8 4,4

8,15

■ Positiva (10+9+8+7) ■ Regular (6+5) ■ Negativa (4+3+2+1)

Unidad: Porcentaje y Media (escala 1 a 10 donde 1= nada satisfecho y 10= totalmente satisfecho)

Base: Ha sido atendido en cada servicio

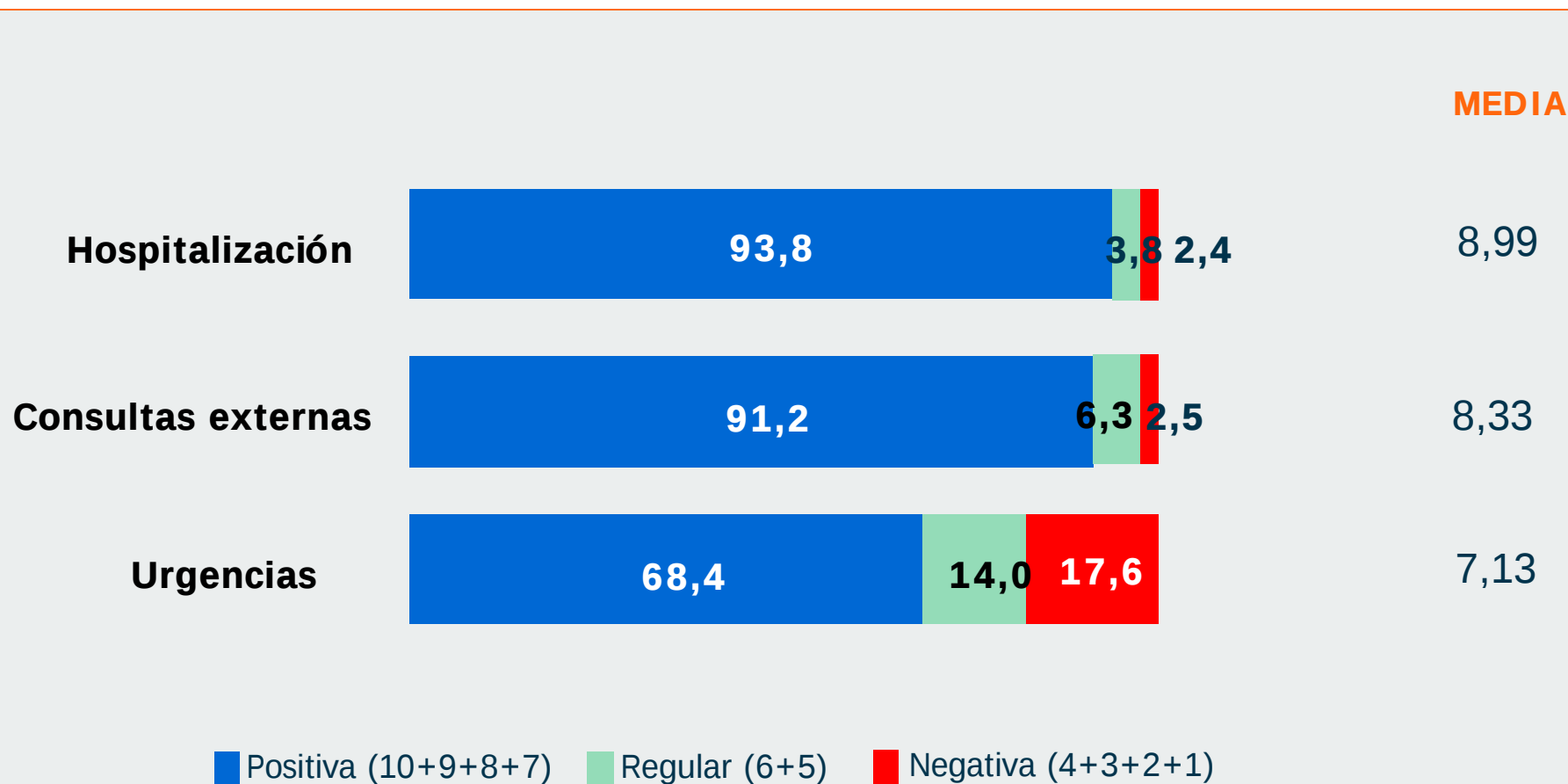
P.6. ¿Qué valoración le daría al hospital en su conjunto?



TORREVIEJA SALUD - UTE
DEPARTAMENTO DE SALUD 22

GfK

Valoración Global del servicio donde ha sido atendido



Unidad: Porcentaje y Media (escala 1 a 10 donde 1= nada satisfecho y 10= totalmente satisfecho)

Base: Ha sido atendido en cada servicio

P.7. ¿Qué valoración global le daría al servicio donde ha sido atendido?



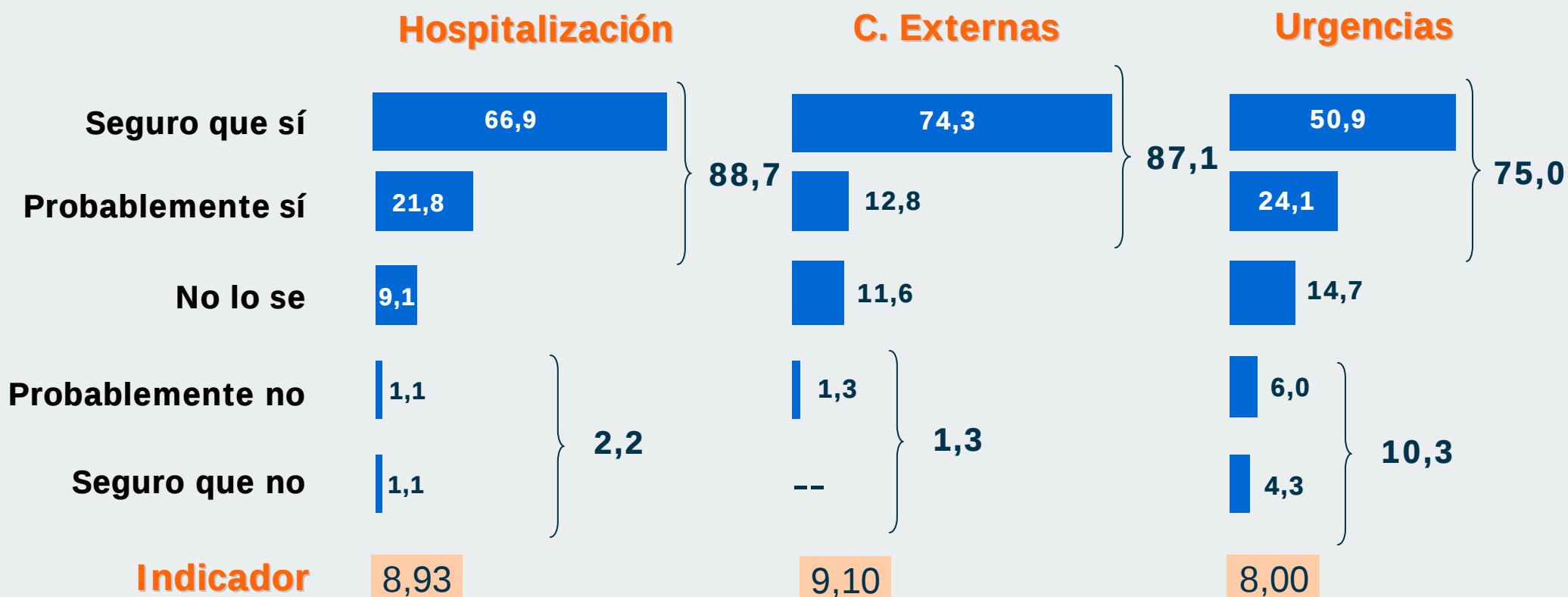
TORREVIEJA SALUD - UTE
DEPARTAMENTO DE SALUD 22

GfK

Recomendación del Hospital a Terceros

8

Muy elevado nivel de recomendación en los 3 servicios. Solo un 10% no recomendaría Urgencias



Unidad: Porcentaje y Media (Indicador con la siguiente transformación: 1=1; 2=3,25; 3=5,5; 4=7,75; 5=10)

Base: Ha sido atendido en cada servicio

P.4. ¿Recomendaría a terceras personas próximas a usted (familiares y amigos) que acudieran al Hospital de Torrevieja cuando tengan un problema médico en función de su experiencia con dicho Hospital?



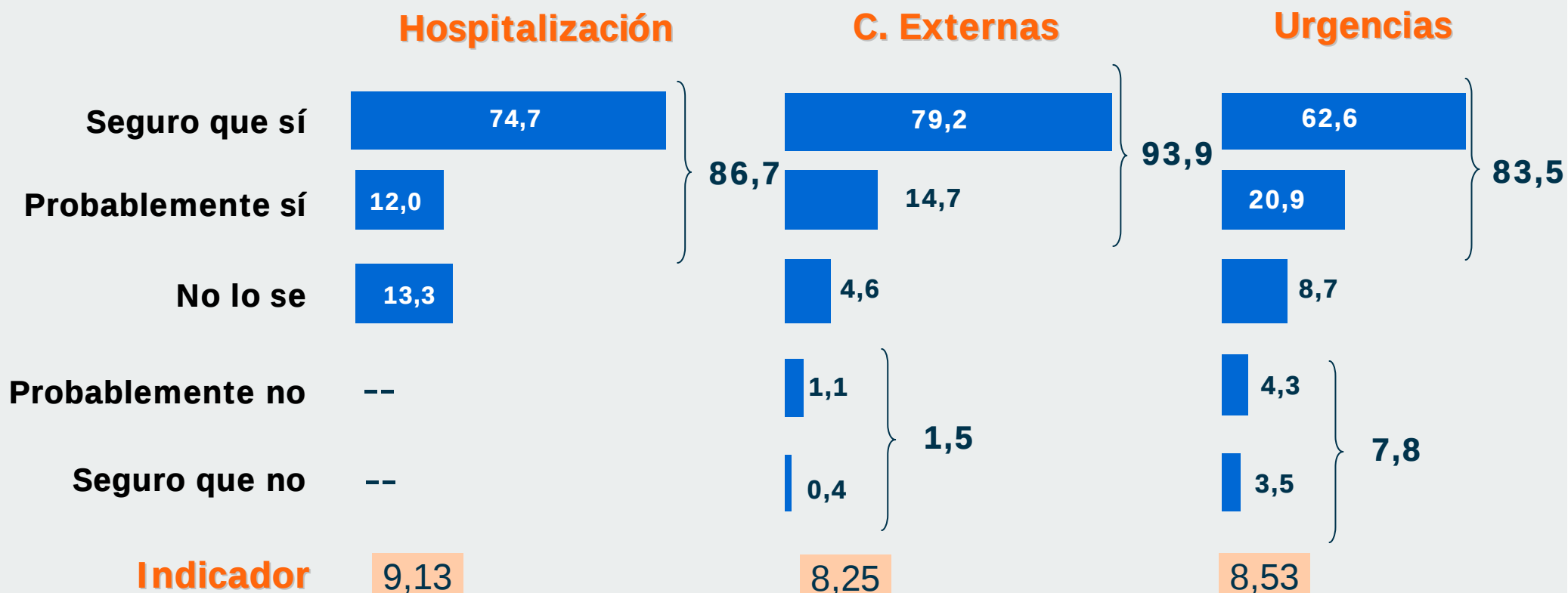
TORREVIEJA SALUD - UTE
DEPARTAMENTO DE SALUD 22

GfK

Fidelidad con el Hospital: Volvería ante otra necesidad sanitaria

9

Muy elevado nivel de Fidelidad en los 3 servicios. Solo un 7'8 % no volvería a Urgencias



Unidad: Porcentaje y Media (Donde 1=1; 2=3,25; 3=5,5; 4=7,75; 5=10)

Base: Ha sido atendido en cada servicio

P.5. ¿Y volvería personalmente al Hospital si tuviera otra necesidad sanitaria?



TORREVIEJA SALUD - UTE
DEPARTAMENTO DE SALUD 22

GfK

Valoración de atributos del servicio de HOSPITALIZACIÓN:

Aspectos específicos

Elevada satisfacción con las habitaciones y horario visitas.

Menor satisfacción con la comida (sobre todo entre los ingleses (5'69 de valoración))

10

MEDIA

Comodidad habitaciones del Hospital

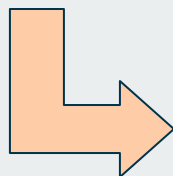
9,59

Horario de visitas

9,23

Calidad de la comida

7,33



66

24

10

■ Positiva (10+9+8+7) ■ Regular (6+5) ■ Negativa (4+3+2+1)

Unidad: Porcentaje y Media (escala 1 a 10 donde 1= nada satisfecho y 10= totalmente satisfecho)
Base: Valoran el servicio de Hospitalización (84)

P.2. Me gustaría que me valorara algunos aspectos específicos de su estancia en el Hospital en los siguientes atributos.



TORREVIEJA SALUD - UTE
DEPARTAMENTO DE SALUD 22

GfK

ACCIONA construirá el nuevo hospital de Mollet del Vallès, en Barcelona

- **El presupuesto para la construcción del hospital asciende a 41 millones de euros y el plazo de ejecución previsto es de 30 meses.**
- **El nuevo hospital, cuya superficie construida alcanzará los 27.000 metros cuadrados, estará ubicado en la Ronda dels Pinetons.**

ACCIONA Infraestructuras, división de ACCIONA especializada en el desarrollo y gestión de infraestructuras, ha resultado adjudicataria, en asociación, de la construcción del nuevo hospital de Mollet del Vallès, ubicado en la comarca del Vallès oriental, provincia de Barcelona.



El presupuesto acordado para la construcción del hospital es de 41 millones de euros y el plazo estimado para su ejecución es de 30 meses.

Este nuevo hospital, que se levantará en la Ronda dels Pinetons del municipio de Mollet, tendrá una superficie de 27.000 metros cuadrados. Sus grandes dimensiones harán posible que el centro cuente con capacidad para 160 camas y 35 plazas en el hospital de día. El área de consultas externas tendrá en servicio 30 consultas, y además se habilitará una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) con capacidad para diez plazas.

Contará también con una moderna área de urgencias y un centro ambulatorio de atención a la salud mental, que atenderá tanto a niños como a adultos. Otra novedad del hospital es el centro de atención a drogodependientes, dotado, entre otros servicios, de cuatro consultas anexas. Los equipamientos del centro se completan con seis quirófanos, tres salas de radiología, una de mamografía, una de tomografía, dos de ecografías y salas de espera.

El proyecto contempla asimismo, la construcción de un aparcamiento soterrado cuyo desarrollo correrá a cargo del Ayuntamiento local. El centro hospitalario será gestionado por el Consorcio Sanitario de Mollet.

ACCIONA, líder en infraestructuras, servicios y energías renovables

ACCIONA es una de las principales corporaciones españolas con actividades en más de treinta países de los cinco continentes en los ámbitos de las infraestructuras, las energías renovables, los recursos hidráulicos, los servicios urbanos y medioambientales, los servicios logísticos y de transporte, la promoción de viviendas y la gestión de hospitales, entre otras actividades.

En el tercer trimestre de 2006, ACCIONA ha registrado unas ventas de 4.571 millones de € (32,3% más), un EBITDA de 729 millones de euros (39,5% más) y un resultado neto atribuible de 320 millones (25,3% más). Asimismo, las inversiones se han situado en 5.287 millones de euros, más de cinco veces lo invertido en el mismo periodo del año anterior. ACCIONA cotiza en el selectivo índice bursátil del IBEX-35 (ANA.MC), con una capitalización superior a los 10.000 millones de euros.

El día 1 de marzo se abrirán las consultas externas, entre otros servicios

EL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA FUNCIONARÁ A PLENO RENDIMIENTO DESPUÉS DEL VERANO

- **Así lo ha afirmado ayer jueves el consejero de Sanidad, Roberto Sabrido, durante la visita que ha realizado al nuevo centro sanitario con los alcaldes del área de influencia del hospital**

El consejero de Sanidad, Roberto Sabrido, ha asegurado ayer jueves en el Hospital General de Almansa que esta nueva infraestructura sanitaria que la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha va a poner en marcha el próximo 1 de marzo, funcionará a pleno rendimiento después del verano. Sabrido ha explicado que este hospital se va a abrir “como se abren todos los hospitales de España, de Europa y del mundo, de forma paulatina”. “El Hospital General de Almansa se pondrá en funcionamiento de forma gradual, empezando por las consultas externas y terminando con la hospitalización e intervenciones quirúrgicas. Aquí trabajamos con personas, con vidas humanas y no se puede abrir una infraestructura sin los rodajes adecuados”, ha comentado el consejero. El titular de Sanidad, que ha estado acompañado por los alcaldes de los municipios que pertenecen a la zona de influencia del Hospital, así como por la delegada de Sanidad, Mari Ángeles López Fuster; el gerente del Área de Salud de Albacete, Jesús Martino Sánchez; y la dirección del nuevo hospital, ha manifestado que el Hospital General de Almansa, “una infraestructura deseada y anhelada por toda la comarca, ya es una realidad”.

En cuanto a los profesionales que trabajarán en este Hospital, Roberto Sabrido ha recordado que la plantilla de este centro sanitario está aprobada por la Consejería de Sanidad y que habrá más de 400 personas trabajando “en este hospital y por este hospital”. Por su parte, el alcalde de Almansa, Antonio Callado, ha destacado la alegría de todos los almanseños “quienes ya ven cumplido un sueño y una reivindicación histórica”, y ha instado a los ciudadanos a que visiten el Hospital durante las jornadas de puertas abiertas que se celebrarán para conocerlo en primera persona.

El nuevo Hospital de Almansa, que ocupa una superficie construida de 25.980 metros cuadrados y se encuentra ubicado en una parcela de 62.753 metros cuadrados, atenderá a una población que ronda los 55.000 habitantes de los municipios de Almansa, Alpera, Bonete, Caudete, Corral-Rubio, Higuera, Montealegre, Fuente Álamo y Pérola. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha diseñado un edificio con planta baja y tres pisos, siendo éstos últimos los que albergan las consultas externas y el área de hospitalización. Con una inversión total de unos 50 millones de euros, el Hospital General de Almansa será un hospital de vanguardia que contribuirá a crear riqueza y desarrollo económico en la zona, además de atender más del 90% de las necesidades sanitarias de la población. Dispone de 90 habitaciones individuales, susceptibles de uso doble dadas sus dimensiones, 30 metros cuadrados de cada una de ellas. Además, el área Cuidados Especiales cuenta con 30 camas, 14 de ellas en habitaciones individuales. Respecto a las especialidades médicas que se implantarán están Alergología, Cardiología, Neurología, Oncología médica, Psiquiatría, Dermatología, Neumología, Endocrinología, Reumatología, Medicina interna, Digestivo y Geriátrica, entre otras. Además, el hospital dispone de cuatro quirófanos y un paritorio. La construcción del Hospital General de Almansa responde al doble objetivo del Gobierno regional de incrementar la capacidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, acercando al mismo tiempo la asistencia especializada al mayor número posible de ciudadanos.



Nueva Ordenación de la Atención Sanitaria en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga

La nueva ordenación de la atención sanitaria prevista en el Servicio Andaluz de Salud comenzará a implantarse en el Hospital Carlos Haya a partir del 1 de febrero, de forma paulatina y flexible, compatibilizando el modelo de asistencia sanitaria de 24 horas, 365 días al año, garantizando el derecho de descanso de los trabajadores y dando respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos.

La reorganización prevista en el Hospital Carlos Haya permitirá que se incremente la actividad vespertina programada tanto en las consultas de especialidades, como en quirófanos y pruebas diagnósticas, de lunes a viernes. El hospital contará con 80 profesionales para ampliar la actividad programada de lunes a viernes desde las 15,00 horas hasta las 20,00 horas.

La actividad asistencial que el complejo hospitalario Carlos Haya viene realizando previamente en horario de tarde se incrementará de forma sustancial y se puede cifrar en un aumento del 65% sobre las consultas que se realizaban previamente en ese horario, un 180% en la actividad quirúrgica de tarde y se comenzarán a realizar pruebas diagnósticas intervencionista de elevada complejidad en horario de tarde, mejorando con ello la accesibilidad para el conjunto de los ciudadanos y teniendo un impacto directo en más de 20.000 personas que se estima se pueden atender anualmente en la ampliación del horario de tarde.

Las ventajas que implica el incremento de la actividad asistencial radican en la mayor accesibilidad al sistema sanitario para los ciudadanos; la reducción de los tiempos de respuesta en intervenciones quirúrgicas y asistencia especializada, además de la optimización de los equipos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento.

La situación de cada especialidad y servicio del hospital, sus peculiaridades y características, así como el mayor consenso de los profesionales que desarrollan su labor en este centro sanitario, determinarán el proceso de implantación de este nuevo modelo de atención sanitaria.

Actualmente, la continuidad asistencial en los hospitales se sustenta en la organización de guardias médicas, a través de presencia física o localización de los profesionales para la atención urgente. La reordenación prevista permite la normalización y homogeneización de la prolongación de la actividad, además de contar con el número de profesionales necesarios en horario nocturno y fines de semana, que garantizan la cobertura asistencial de los procesos urgentes. Por la noche, se ha dimensionado suficientemente el número de profesionales que va a permanecer de presencia física o localizada para cubrir cualquier eventualidad urgente de cualquier nivel.

Para los profesionales, la reordenación supone un avance en la conciliación de la vida laboral y familiar, una mejora de la calidad de vida de aquellos profesionales que trabajen 24 horas, ya que se les garantiza la libranza al día siguiente, así como mejoras retributivas, puesto que la aplicación de la nueva ordenación supone un aumento del precio de la hora que se realiza en turno de tarde y las horas de guardias.

La Consejería de Sanidad de Madrid y los farmacéuticos previenen un posible desabastecimiento de medicamentos

El Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Manuel Lamela, acompañado por el presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Alberto García Romero, y por el presidente de la Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid (Adefarma), Antonio López Domínguez, ha presentado el miércoles la batería de medidas preventivas adoptadas por la Consejería, ante un eventual desabastecimiento de medicamentos en los primeros días de marzo, después de la entrada en vigor de la Orden Ministerial de Sanidad y Consumo 3.997/2006 el primer día de dicho mes, por la que bajan su precio entre 4.237 presentaciones de medicamentos. La citada orden, en su disposición adicional cuarta, no contempla ningún plazo de coexistencia de precios; es decir, valida los precios actuales hasta el 28 de febrero e implanta los nuevos al día siguiente.

El consejero Lamela, que en todo momento ha subrayado que las medidas preventivas se adoptan por responsabilidad ante una hipótesis de desabastecimiento que espera que no se produzca, indicó que “coincidía plenamente en el diagnóstico y en las medidas a adoptar, con los planteamientos formulados por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid y Adefarma”. Un total de 4.237 presentaciones de medicamentos, una de cada dos de las que se consumen más habitualmente, bajarán sus precios entre un 30 y un 80 por ciento. A pesar de ello, el Ministerio de Sanidad no ha previsto ningún periodo de precios de adaptación: hasta el 28 de febrero con el precio antiguo, el 1 de marzo con el nuevo.

Las farmacias, según la Orden Ministerial, no podrán devolver a los laboratorios los medicamentos en cuyo envase tenga el precio antiguo hasta el 1 de febrero. La magnitud del cambio, las dificultades logísticas y la experiencia de otras bajadas de precios permiten prever por la improcedencia de la Orden, desabastecimientos de medicamentos en los últimos días de febrero y primeros de marzo. Lamela ha indicado que ha advertido sobre esta situación por carta a la ministra de Sanidad Elena Salgado. Asimismo, ha señalado que el Director General de Farmacia de la Comunidad de Madrid ha presentado el problema ante la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. “Hasta el momento -según el consejero madrileño- no se ha producido respuesta y, nosotros –ha añadido-, como Administración responsable de la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid no podemos cruzarnos de manos y esperar a ver si el Ministerio rectifica su Orden o si los agentes del sector se ponen de acuerdo entre ellos. Pensando en los ciudadanos, que no tienen culpa de nada y que no pueden encontrarse sin los medicamentos que necesitan, se adoptarán una serie de medidas excepcionales y coyunturales para evitar el desabastecimiento”.

Dichas medidas, de acuerdo con el Colegio de Farmacéuticos y con Adefarma, según ha avanzado Lamela son:

- 1). Autorizar por 15 días la coexistencia de precios antiguos y nuevos con carácter extraordinario, según existencias.
- 2). Autorizar por un periodo de dos meses (tiempo estándar de renovación del stock de una farmacia) la sustitución de medicamentos iguales en función de las disponibilidades y no de los precios.
- 3). Establecer que la Comisión Ejecutiva del Concierto de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y el Colegio de Farmacéuticos de Madrid se constituya en Comisión de Seguimiento diario de esta fase de riesgo de desabastecimientos, para que habilite las medidas anteriormente enumeradas si son necesarias.

El presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Alberto García Romero, tras agradecer al Consejero la sensibilidad mostrada para “resolver un problema generado por el Ministerio de Sanidad”, ha indicado que “los farmacéuticos harán todos los esfuerzos necesarios para paliar, o evitar si es posible, el temido desabastecimiento.

La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) y ratiopharm, laboratorio líder en medicamentos genéricos alertan

Grave impacto económico y social de los nuevos precios de referencia

- Ante esta situación, FEFE y ratiopharm planean reunir a más de 5.000 farmacéuticos en el mes de Febrero en 25 reuniones por las principales provincias de España, dando a conocer las consecuencias económicas de la nueva Ley del Medicamento.
- Los españoles podrán ver desabastecidas sus farmacias ante la próxima entrada en vigor de la nueva Orden de precios de referencia el próximo 1 de marzo.
- Una norma injusta que avoca al sector de los Genéricos al fracaso: Estos medicamentos tendrán un impacto negativo del 20% de media, mientras que las marcas tan sólo se verán afectadas en un 5%.
- Una medida extrema ante un gasto sanitario moderadamente controlado desde hace dos años: 714 productos sufrirán una reducción de sus precios en más de un 30%, de los cuales 122 bajarán sus precios entre un 50% y un 80%
- Un impacto económico de 875,4 millones de euros, casi un 37% superior al previsto por el Ministerio de Sanidad y Consumo, para tan sólo una repercusión de un euro de ahorro por habitante y año. ¿Cómo es posible esta gran diferencia?
- En España el consumo de genéricos en 2006 ha sido de 545 millones, lo que supuso un ahorro de 233,5 millones de euros. Estas cifras demuestran que es necesario apoyar y fomentar el genérico como medida de contención del gasto.

La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) y ratiopharm, laboratorio farmacéutico líder desde hace más de 30 años en el desarrollo, producción y comercialización de medicamentos genéricos, han presentado esta mañana un análisis conjunto en el que ponen de manifiesto las graves consecuencias que tendrá, la nueva orden de precios de referencia que entrará en vigor el próximo 1 de marzo, en el marco del desarrollo de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Esta Orden Ministerial, que afecta casi al 50% - casi 5.000 presentaciones - de todos los medicamentos disponibles, tendrá consecuencias tanto a nivel profesional (nuevas obligaciones en cuanto a la dispensación), a nivel sanitario y social (repercusión en los pacientes) como a nivel económico, para todos los agentes de la cadena del medicamento, administración y usuarios. En el caso de las Oficinas de Farmacia, el impacto bruto de ventas será de aproximadamente 43.000 euros por Oficina de Farmacia. El impacto en el beneficio bruto de cada Farmacia será de unos 12.000 euros de media nacional.

La Orden de Precios de Referencia no es homogénea, y por lo tanto es injusta, puesto que no afecta por igual a todo tipo de medicamentos: los medicamentos genéricos tendrán un impacto negativo del 20% de media mientras que las marcas tan sólo se verán afectadas en un 5%. Sin embargo el 50% del gasto en medicamentos es generado por tan sólo 8 compañías (de un total de 569) que además son las responsables también del 50% del crecimiento absoluto del citado gasto (unos 486 Millones de € en el año 2006 con respecto a 2005).

El cálculo de Precios Menores (según el Anejo 5 de la OM) se ha forzado a la baja ya que se ha realizado teniendo en cuenta productos que no están comercializados, es decir sin ventas, como por ejemplo en el caso del cálculo del Precio Menor de la molécula Risperidona (Risperidona Sumol y Risperidona Asol). Asimismo, se han tomado precios diferentes de formatos equivalentes de una misma compañía, se han mezclado dosis diarias definidas de productos con indicaciones diferentes, y dosis diarias definidas de formulaciones galénicas diferentes.

Todo ello, sumado a que el calculo realizado por el Ministerio de Sanidad no ha contemplado el del Mercado Financiable que corresponde a receta privada y otros (MUFACE, ISFA...22,1%), y el efecto de prescripción por principio activo y sustitución, hace que el impacto real de los nuevos precios de referencia pueda estar alrededor de 875,4 millones de euros, 235,2 millones más de lo estimado por el Ministerio de Sanidad en su Memoria Económica. (36,7% más de lo previsto).

El perjudicado final será el usuario, que sólo ahorrará 1 euro de media por año, y sin embargo podrá sufrir, como ya está ocurriendo, el desabastecimiento en las farmacias, y la desorientación generada por no poder disponer de su producto. Las nuevas obligaciones de sustitución por el producto de menor precio, y la no obligatoriedad de muchos de estos productos de abastecer a todo el territorio nacional, sumado a la problemática generada por la falta de un periodo de convivencia de precios, traerán como consecuencia que el sistema público podrá no ser capaz de atender al paciente.

Actualmente no era necesaria una rebaja de los precios tan drástica, puesto que el Gasto Sanitario se encuentra moderadamente controlado desde hace dos años con crecimientos asumibles del 5,63% en 2005 y 5,82% en 2006. Con esta medida se actúa, nuevamente, sobre la oferta y no sobre la demanda.

En palabras de Isabel Vallejo, de FEFE, “merecía la pena haberse tomado más tiempo en el desarrollo de esta orden ministerial y potenciar a largo plazo una política de genéricos y no una política de medicamentos de PRECIO MENOR. “Se está gastando menos pero no mejor. La Demanda no está controlada, y el número de recetas aumenta”.

Por su parte, Rodrigo Román de ratiopharm España S.A., “Esta medida pone en peligro la continuidad de la actividad para los laboratorios de genéricos, cuando nuestro objetivo no es ni más ni menos que ofrecer salud a precios a razonables y contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Español”.

Por otra parte, en toda España se han vendido 545 millones de euros en genéricos, el 5,6% del mercado total de medicamentos, lo que ha supuesto un ahorro de 233,5 millones de euros. Sin embargo, estas cifras están aún lejos de la media europea, que alcanza el 15%. Si España estuviera en la media europea de consumo de genéricos, el ahorro para el erario público habría sido de más de 628,3 millones de euros.

* Fuente datos consumo genéricos: TAM DIC'06 IMS

Nº 04 // 01 DE FEBRERO DE 2007

NUEVO PORTAL DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA REDFARMACEUTICA



Está previsto que, en breve tiempo, entre en funcionamiento el nuevo portal de Internet del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (www.redfarmaceutica.com), con la finalidad de mejorar la información y el servicio que se presta desde el mismo. La renovación del portal, para la que se ha aprovechado la experiencia de los últimos años de funcionamiento del actual, trata de dar respuesta a los grandes retos tecnológicos que tanto la profesión farmacéutica como la sociedad deben afrontar en los próximos años.

EL CONSEJO DE FARMACÉUTICOS NO CONVINCE A SANIDAD SOBRE EL IMPACTO DE LOS PRECIOS DE REFERENCIA

El Consejo General de Farmacéuticos, el único interlocutor que admite el Ministerio de Sanidad y Consumo como representante de las oficinas de farmacia, no logra convencer a los responsables de Sanidad sobre las consecuencias negativas que, para las farmacias, va a suponer la entrada en vigor de los nuevos precios de referencia pues, de acuerdo con la normativa aprobada, a partir del 1 de marzo impide que puedan cobrarse a precio antiguo los fármacos afectados por los nuevos precios e, incluso, prohíbe que puedan devolverse aquellos medicamentos que no lleven el precio en el envase, aunque se hayan adquirido a precio antiguo, más caro. En las reuniones que se vienen manteniendo en Sanidad entre representantes de la Dirección General de Farmacia y del Consejo General, Fedifar y Farmaindustria, no parece posible alcanzar acuerdo alguno que permita que, al menos en los primeros días de aplicación del nuevo sistema, puedan convivir ambos precios. A pesar de que tanto el Consejo como Fedifar han dejado claro que puede producirse un gran desabastecimiento de los medicamentos afectados por los nuevos precios, desde Sanidad se considera que es un problema interno del sector en el que no tiene nada que ver. A la vista de estos hechos, y salvo cambios de última hora, llama la atención la pasividad del Consejo General, con Pedro Capilla a la cabeza, en un problema muy grave para las oficinas de farmacia e, incluso, para los propios consumidores a quienes, como parece norma en el Ministerio de Sanidad y Consumo, se les mantiene al margen de una situación en la que ellos van a ser los más perjudicados.

LA COMUNIDAD DE MADRID LLEGA A UN ACUERDO TRANSITORIO CON LOS FARMACÉUTICOS

El miércoles, 31 de enero, el consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, Manuel Lamela, anunció la implantación de medidas coyunturales y excepcionales en el caso de producirse problemas de desabastecimiento de fármacos en la región, como consecuencia de la entrada en vigor, el próximo 1 de marzo, de la Orden de precios de referencia del Ministerio de Sanidad y Consumo, orden que desarrolla la Ley del Medicamento. Lamela subrayó que estas medidas habían sido consensuadas y que contaban con la colaboración del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y la Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid (Adefarma), cuyos presidentes, Alberto García Romero y Antonio López Domínguez, mantuvieron una reunión con el consejero de Sanidad y Consumo, a fin de estudiar el posible impacto que podría acarrear al ciudadano la puesta en marcha de la nueva normativa estatal. La principal de tales medidas es la coexistencia, durante 15 días, de los medicamentos con precio antiguo y precio nuevo.

ARAGÓN PRORROGA EL CONCIERTO DE OFICINAS DE FARMACIA

La Consejería de Salud de Aragón y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de esta comunidad han firmado una nueva prórroga del concierto que regula la colaboración para la dispensación de recetas del Sistema Nacional de Salud (SNS) a través de oficinas de farmacia. Se trata de una última prórroga del concierto firmado en 2003 y que deberá ser objeto de negociación y nueva redacción el próximo 2008. En el acto de la firma, la consejera Luisa María Noeno destacó la colaboración institucional de los farmacéuticos en los distintos programas de salud y subrayó el importante papel que las oficinas de farmacia tienen en la contención del gasto farmacéutico, en especial ofreciendo información sobre medicamentos genéricos.

LA COMUNIDAD VALENCIANA INVESTIGA EN NUEVOS FÁRMACOS CONTRA EL DOLOR

El Centro de Investigación Príncipe Felipe, dependiente de la Generalidad Valenciana, está desarrollando una investigación básica dirigida a estudiar los mecanismos que provocan la sensación del dolor en los procesos inflamatorios de determinadas enfermedades, como la irritación intestinal o en situaciones patológicas, como las quemaduras graves, para la que (según dice la Consejería de Sanidad Valenciana) no existen analgésicos eficaces carentes de los efectos secundarios que acompañan a la morfina y sus derivados y a los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). El consejero de Sanidad, Rafael Blasco, ha destacado la necesidad de apoyar la investigación básica sanitaria como el primer escalón del largo proceso que caracteriza el diseño de fármacos eficaces que mejorarán la calidad de vida del paciente.

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

Novartis ha curado a más de 4 millones de enfermos de lepra con su tratamiento gratuito desde el año 2000

- Los programas de acción social y educativos de la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible (NFSD, siglas en inglés) para eliminar el estigma de la lepra han mejorado el acceso de los pacientes a la terapia multifármaco de Novartis (MDT, siglas en inglés).
- En 2005, Novartis aceptó seguir suministrando el tratamiento gratuitamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para todo el mundo hasta 2010.
- La prevalencia de la lepra ha disminuido considerablemente gracias al progreso realizado en la India donde la lepra representaba el 70% de la carga global de esta enfermedad.

Novartis y la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible (NFSD, siglas en inglés) llevan comprometidos en la lucha contra la lepra más de 20 años. Desde 1986, la NFSD ha estado activamente implicada en diversos programas de lepra en un total de 15 países de Asia, África y América del Sur. Los programas de acción social y educativos llevados a cabo por la NFSD para eliminar el estigma de la lepra han mejorado el acceso de los pacientes a la terapia multifármaco de Novartis (MDT, siglas en inglés).

El progreso en la eliminación de la lepra, se ha convertido en uno de los mayores éxitos de la salud pública de la historia. La estrategia llevada a cabo para eliminar la carga de esta enfermedad ha cambiado la percepción pública de esta patología y ha mejorado el acceso de los pacientes al tratamiento.

Desde 1985, más de 14 millones de personas han superado la lepra y más de 4 millones lo han hecho desde el año 2000 gracias al tratamiento que Novartis ha proporcionado de forma gratuita por un valor de 40 millones de dólares USA. La compañía ha puesto al servicio de los pacientes gratuitamente una terapia multifármaco (MDT), tratamiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, se ha comprometido en proporcionar de manera gratuita suficientes cantidades de alta calidad a la OMS para todo el mundo hasta 2010.

Desde principio de los 80, la percepción social de esta enfermedad ha ido cambiando considerablemente gracias a un efectivo tratamiento que Novartis ha proporcionado gratuitamente y con mayor accesibilidad: MDT es un tratamiento que cura a los pacientes, interrumpe la transmisión de la lepra y permite que éstos puedan llevar una vida normal durante y después del tratamiento. La NFSD ha aportado también 3 millones de dólares para la gestión de la donación.

La prevalencia de la lepra ha disminuido considerablemente gracias al progreso realizado en este sentido en la India donde la lepra representaba el 70% de la carga global de esta enfermedad.

La NFSD es pionera en el uso de un programa de acción social en lepra para generar una demanda en el diagnóstico y el tratamiento de la patología. Se trata de utilizar nuevos métodos para influenciar en los comportamientos de las personas con el objetivo de mejorar su bienestar y el de toda su comunidad.

La lepra es una enfermedad bacteriana crónica de la piel, de los nervios periféricos y en algunos casos de las vías respiratorias superiores. El agente causante, el *Mycobacterium leprae*, está relacionado con el agente causante de la tuberculosis. Se desconoce el modo exacto de transmisión pero el contacto prolongado con individuos infectados parece aumentar el riesgo de la enfermedad. En la mayoría de los casos se cree que el organismo entra en el cuerpo a través de las vías respiratorias superiores. Clínicamente la enfermedad se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas con posible implicación de los nervios periféricos, como lo demuestra la pérdida de sensibilidad y debilidad de los músculos de manos, pies o cara.

Existen dos formas de lepra: multibacilar (MB) y paucibacilar (PB). Ambas son tratadas utilizando diferentes regímenes de tratamiento ya que la gravedad de la enfermedad es diferente. Cada blíster MDT contiene suficiente medicación para 28 días. La terapia combinada es esencial y los fármacos incluidos en el blíster no deben utilizarse nunca por separado ya que esto podría causar resistencia. El tratamiento precoz con MDT previene incapacidades. Si no se trata, puede haber lesiones progresivas y permanentes en la piel, nervios, afectándose otras zonas como las extremidades y los ojos.

La lucha de Novartis por erradicar la lepra forma parte del compromiso global de la compañía. En 2006, la contribución total de Novartis en términos de programas de acceso a pacientes, se elevó a 755 millones de dólares USA, ayudando a más de 33,6 millones de pacientes en todo el mundo. Esto representa el 2% de las ventas de la compañía en 2006.

Este comunicado contiene ciertas informaciones anticipadas sobre el futuro, concernientes al negocio de la Compañía. Hay factores que podrían modificar los resultados actuales.

Acerca de Novartis

El deseo de ser reconocidos en la sociedad como una Compañía responsable yace en el centro del concepto de Civismo Empresarial de Novartis que como compañía desea comportarse del mismo modo que lo haría un ciudadano adulto, responsable y sensato. Es por ello que Novartis decidió fijarse unos rigurosos y estrictos niveles éticos en el desarrollo de sus actividades a mediados de 1999 y estableció un Código de Conducta para todo el Grupo a nivel mundial. En el año 2000, Novartis se adhirió al Pacto Mundial (The Global Compact), una iniciativa impulsada por el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan. En el año 2001, estas y otras iniciativas culminaron en la Política de Civismo Empresarial de Novartis. En el año 2002, Novartis Farmacéutica pasó a ser la primera empresa multinacional certificada en Gestión Ética, según la Norma de Empresa SGE21 Forética, recientemente renovada. Esta certificación es sólo un ejemplo más del firme compromiso de Novartis hacia una gestión socialmente responsable y plasmada tanto a nivel internacional como nacional, a través de numerosas iniciativas entre las que destacan: la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible; el Instituto Novartis para Enfermedades Tropicales; la lucha contra la Lepra y la Malaria en colaboración con la OMS; programas de ayuda para el acceso a tratamientos a pacientes en el mundo desarrollado; apadrinamiento de niños en la India; participación en la Caravana Solidaria al África Occidental, colaboraciones con ONG's locales y solidaridad con catástrofes ecológicas.

AstraZéneca: Cuarto trimestre y Resultados Anuales 2006

- “AstraZéneca reporta sólidos resultados financieros en 2006 con un crecimiento del 34% de ganancias por acción y progresos en el fortalecimiento en su cartera de productos; la compañía continúa realizando mejoras en su productividad”

	4ºTrim 2006 (M\$)	4º Trim 2005 (M\$)	+-% actual	+-% (*)	Total 2006 (M\$)	Total 2005 (M\$)	+-% actual	+-% (*)
Ventas	7.154	6.286	+14	+11	26.475	23.950	+11	+ 11
Beneficio operativo	2.003	1.636	+22	+24	8.216	6.502	+26	+28
Beneficio antes de impuestos	2.103	1.689	+25	+26	8.543	6.667	+28	+29
Ganancias por acción (**)	0,93	0,77	+21	+22	3,86	2,91	+33	+34
Ventas ajustadas (excluyendo Toprol-XL en USA)	6.878	5.940	+16	+13	25.093	22.659	+11	+11
Ganancias por acción (**)	0,83	0,66	+26	+29	3,36	2,50	+35	+36

(*) Porcentaje de crecimiento en moneda constante.

(**) En dólares.

- Las ventas del año 2006 han crecido un 11% hasta alcanzar los 26.475 M\$.
- La inversión global en I+D se ha incrementado en un 15,5% alcanzando los 3.902 M\$, lo que representa el 14,7% de las ventas.
- Destacan los buenos resultados de sus cinco principales productos (Nexium, Seroquel, Crestor, Arimidex y Symbicort), cuyas ventas combinadas alcanzaron los 13.318 M\$ con un 23% de crecimiento.
- El beneficio operativo aumentó un 28% hasta los 8.216 M\$. El margen operativo aumentó 3,8 puntos hasta el 31% de las ventas.
- El Cash Flow de 2006 ha sido de 6.778 M\$. El retorno a los accionistas ha totalizado 5.382 M\$.
- Desde diciembre de 2005 la compañía ha alcanzado 12 importantes acuerdos de licencia y adquisición de proyectos y 9 acuerdos importantes de colaboración en investigación.
- El 11 de enero de 2007 AstraZeneca anunció un acuerdo mundial de colaboración con Bristol-Myers Squibb para desarrollar y comercializar dos compuestos para la Diabetes incluyendo saxagliptin, un inhibidor de dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) en Fase III de desarrollo.
- La compañía continúa centrada en la mejora de su productividad y se ha puesto en marcha una iniciativa para mejorar la utilización de los recursos.
- La previsión de ganancias por acción en el 2007 está prevista entre los 3,80\$ y 4,05\$.
- Los dividendos del año crecieron un 32% hasta alcanzar 1,72\$.

David Brennan, director ejecutivo: “En 2006 AstraZeneca ha reportado una vez más unos sólidos resultados y ha progresado en el fortalecimiento de su cartera de productos, pero todavía queda mucho por hacer. Nuestra agenda está clara. Estamos decididos a mantener el nivel de ventas de nuestra cartera de productos actual y continuar construyendo una cartera de futuros productos que sustenten nuestro crecimiento, mientras continuamos mejorando nuestra productividad y el beneficio de los accionistas”.

El Prof. Alfonso Domínguez-Gil Hurlé pronuncia en Bilbao la conferencia “Los biosimilares: ¿nuevos medicamentos biotecnológicos?”

Las características y dificultades de producción de los medicamentos biotecnológicos limitan su equivalencia terapéutica y su sustitución

- **“A diferencia genéricos, los biosimilares no deberían ser sustituidos de forma automática. En los genéricos, el criterio de bioequivalencia justifica la intercambiabilidad con el innovador; en cambio, con los biosimilares, la bioequivalencia es condición necesaria, pero no suficiente”, ha explicado el Prof. Domínguez-Gil Hurlé, Catedrático y Jefe de Servicio del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Salamanca, durante la conferencia “Los biosimilares: ¿nuevos medicamentos biotecnológicos?”, organizada por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, en colaboración con Serono España, una afiliada de Merck Serono S.A.**

“Las características estructurales de los medicamentos biotecnológicos y las dificultades asociadas a su producción limitan su equivalencia terapéutica. La Administración Sanitaria debería incorporar los medicamentos biotecnológicos a la relación de medicamentos con limitaciones para su sustitución”, ha afirmado el Prof. Alfonso Domínguez-Gil Hurlé, Catedrático y Jefe de Servicio del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Salamanca, durante la conferencia “Los biosimilares: ¿nuevos medicamentos biotecnológicos?”, que ha tenido lugar en Bilbao organizada por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, en colaboración con Serono España, una afiliada de Merck Serono S.A. “A diferencia de los Equivalentes Farmacéuticos Genéricos (EFG), los medicamentos biosimilares no deberían ser sustituidos de forma automática. En los genéricos, el criterio de bioequivalencia, justifica la intercambiabilidad con el innovador, en cambio, con los biosimilares, la bioequivalencia es condición necesaria, pero no suficiente”, explica Domínguez-Gil Hurlé.

Medicamento biosimilar es la denominación oficial que otorga la Agencia Europea del Medicamento (EMA) a aquellos fármacos que se desarrollan cuando expiran las patentes de las proteínas recombinantes innovadoras de manera que, fabricantes diferentes al original, pueden desarrollar fármacos biotecnológicos similares. Desde su nacimiento, este tipo de tratamientos farmacológicos ha abierto un debate sobre las diferencias frente a los genéricos tradicionales de base química, especialmente en cuanto que unas ligeras variaciones en el tratamiento con un fármaco biosimilar respecto al original podrían tener consecuencias clínicas importantes. “En principio, los biosimilares no deberían plantear riesgos adicionales en relación con los innovadores. Sin embargo, la experiencia clínica con estas moléculas es más limitada de acuerdo con las exigencias establecidas por la EMA. La inmunogenicidad es, posiblemente, la reacción adversa más destacada en el uso de proteínas recombinantes”, ha explicado el Prof. Domínguez-Gil Hurlé.

Avances legislativos

Ante la controversia suscitada, las autoridades sanitarias europeas están avanzando en la parte legislativa de la adaptación de los productos biosimilares, con la puesta en marcha de documentos base y guías de actuación. De hecho, en 2006, se han establecido las guías a las que deben ajustarse los biosimilares en relación a criterios de calidad, eficacia y seguridad. Además, se ha creado dentro de la EMA un grupo de trabajo específico sobre biosimilares, integrado por expertos de diversos países.

Respecto a medidas adicionales que deberían tomarse tanto por parte de la administración como de la Industria, en opinión de Domínguez-Gil Hurlé, “Principalmente deberán estar relacionadas con los programas de farmacovigilancia y gestión de riesgos asociados al uso de los biosimilares. Por ello, debe asegurarse su correcta identificación para facilitar la trazabilidad de los medicamentos biosimilares tal como ya establecen las guías de la EMA”.

Forética y Eurosif presentan un manual sobre el activismo accionarial en Europa

- El VII Cuaderno Forética constituye “un paso importante hacia una mejor comprensión de la inversión socialmente responsable”



“El activismo accionarial en Europa. Manual europeo 2006”

Autor: Eurosif

ISBN: 978-84-611-5106-6

Editorial: Forética

Diseño e impresión: Cinca

Colección: Cuadernos Forética

Fecha edición: Febrero 2007

Páginas: 55

Puedes descargarte gratuitamente el pdf del VII Cuaderno en la Biblioteca Abierta de la web www.foretica.es

Forética publica ***“El Activismo accionarial en Europa. Manual europeo 2006”***, la versión española de este estudio elaborado por Eurosif, como séptimo ejemplar de su colección de cuadernos de investigación. Este volumen analiza el concepto y factores determinantes del activismo accionarial en Europa, ofreciendo claves y herramientas para la mejor comprensión de la Inversión Socialmente Responsable (ISR) y con el propósito de jugar un papel fundamental, según reza su prólogo, “en la promoción de un accionariado responsable”.

Eurosif y Forética comparten una visión común a la hora de promocionar políticas de inversión ética y socialmente responsables y su objetivo es que este cuaderno “sea el primero de los muchos pasos hacia el debate y la generación de ideas en la comunidad inversora en España encaminados al desarrollo de políticas eficaces de activismo accionarial”, según manifiestan ambas entidades en el prólogo de la publicación.

En el manual se propone una gestión más activa de los derechos políticos de las estructuras del capital, como fórmula para alinear los intereses financieros con las convicciones éticas de los inversores. Según Forética, “el grado de desarrollo de la ISR no ha experimentado aún una consolidación en nuestro país”. “Pero mirando a un horizonte de medio y largo plazo”, manifiesta en el cuaderno, “todo parece indicar que la ISR se va a convertir en una de las alternativas de inversión más atractivas en los próximos años, como punto de encuentro y cohesión entre los objetivos perseguidos por ahorradores, administraciones públicas, reguladores y emisores”.

El objetivo último del cuaderno es promocionar el activismo accionarial –una corriente creciente dentro del marco europeo, según Eurosif- para contribuir a crear a largo plazo un mercado financiero más maduro y más formado en aspectos éticos. Forética opina que “es importante lograr que las estructuras del capital de las empresas representen a sus inversores últimos –que son los ciudadanos-, no sólo a nivel económico-financiero, sino a nivel ético y acorde con sus valores y principios”.

Según manifiesta Matt Christensen, Director Ejecutivo de Eurosif, “esta publicación constituye un paso importante hacia una mejor comprensión de los principales aspectos relativos a la inversión socialmente responsable”, donde el lector “encontrará las herramientas necesarias para perfilarse como *“inversor activo”*”.

Algunas cuestiones a las que el manual trata de responder son, entre otras: ¿por qué el activismo accionarial está tomando una creciente relevancia para los inversores? ¿Cuál es el peso de los aspectos de RSE en los accionistas en los distintos países? ¿Tienen los inversores barreras a la hora de ejercitar el control de los derechos políticos reconocidos en sus acciones? ¿Cuál es el rol y la importancia del diálogo entre los inversores, el consejo de administración y los gestores? ¿Qué futuro se augura para la ISR en Europa?

Los Cuadernos Forética

Los Cuadernos Forética constituyen una colección bibliográfica que pretende servir como fuente de consulta y referencia dentro del campo de conocimiento de la RSE, enfocados con una óptica eminentemente práctica y con el rigor académico de las firmas de los grandes expertos en este ámbito.

Los anteriores Cuadernos Forética son los titulados: “*Responsabilidad Social de las Empresas: Fundamentos y Enfoque de la Gestión Responsable*” (I Cuaderno), de Pedro Francés; el II Cuaderno, titulado “*Gestión integral de la RSE: El caso de Novartis en España*”, por Joan Fontrodona; el III Cuaderno, “*Responsabilidad Social en las Empresas Familiares*”, publicado en colaboración con el Instituto de la Empresa Familiar y escrito por Javier Quintana; “*La integración de la RSE en el sistema de gestión de la empresa*” (IV Cuaderno), por Francisco Ogalla; el V Cuaderno “*Inversión Socialmente Responsable. La gestión del riesgo y la calificación de criterios RSE*”, de Tom Gosselin; y “*Accountability: Comunicación y Reporting en el ámbito de la RSE*”, VI Cuaderno coescrito por Marc Vilanova, Josep María Lozano y Marta Dinarés.

El VII Cuaderno Forética ha sido patrocinado por Caja Navarra, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Sanofi-Aventis y Unión Fenosa.

Sobre Forética

Forética es una asociación sin ánimo de lucro cuya finalidad es fomentar la cultura de la gestión ética y socialmente responsable en las organizaciones, que cuenta con más 170 socios, entre empresas, profesionales y entidades del tercer sector. Las empresas promotoras de Forética son: ADIF, Alares, AstraZéneca, Caja Navarra, Grupo Norte, Merck Sharp & Dohme, Novartis, RENFE, Sanitas, Sanofi-Aventis y Unión Fenosa.

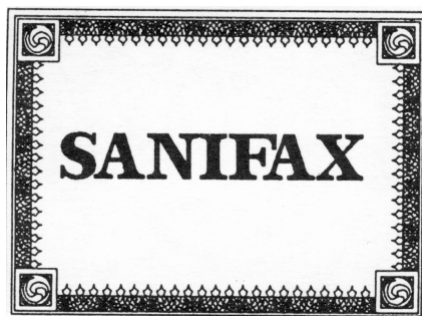
La Comisión Europea ha designado a Forética info-point español de la RSE dentro del programa de la red de organizaciones www.ethicalwork.org y CSR Europe la ha elegido Nacional Partner español. Además es socio miembro de **Eurosif**, Organizacional Stakeholder de Global Reporting Initiative (GRI) y en nuestro país, Forética forma parte del Comité de Expertos de RSC del Ministerio de Trabajo, entre otros. (Más información: <http://www.foretica.es>)

Sobre EUROSIF

Eurosif (European Social Investment Forum) es una asociación sin ánimo de lucro creada en 2001 para la promoción de la inversión socialmente responsable en Europa. Su misión es incorporar la sostenibilidad en el mundo de la gestión de activos financieros

Desde el análisis de las particularidades estructurales y culturales de los diferentes mercados financieros que caracterizan a cada país, Eurosif dirige sus acciones a la difusión y fomento de la ISR bajo una perspectiva integradora y europea

La sociedad responde a un modelo multistakeholder. Se compone principalmente por los gestores de fondos de inversión más importantes a nivel internacional, analistas de sostenibilidad, academia, ONGs y foros de RSE, como Forética, que entró a formar parte de la plataforma europea el pasado octubre de 2006. (Más información: <http://www.eurosif.org>)



La figura del día

**JOSÉ FRANCISCO ZAMARRIEGO, DIRECTOR DE
LA UNIDAD DE SUPERVISIÓN DEONTOLÓGICA
DE FARMAINDUSTRIA**



UN EJEMPLO DE AUTONOMÍA DE GESTIÓN Y CRITERIO PROFESIONAL

- LA PRESENTACIÓN AYER DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE LA UNIDAD DE SUPERVISIÓN DEONTOLÓGICA DE FARMAINDUSTRIA FUE UN EJERCICIO DE PULCRITUD Y PROFESIONALIDAD DE TODO EL EQUIPO QUE SUPERVISA JOSÉ FRANCISCO ZAMARRIEGO, CUYO LIDERAZGO VA AÑO A AÑO “IN CRESCENDO”.
- LA UNIDAD DE SUPERVISIÓN ESTÁ CONSIGUIENDO CON SU TRABAJO QUITARSE EL “TOPICAZO” DE QUE IBA A SER UN ÓRGANO “SATÉLITE” Y “RECEPTIVO” A LO QUE LE DIJERA LA PATRONAL. LO DEMOSTRÓ DESDE EL PRIMER MOMENTO Y EL DOSSIER DE LA EXPOSICIÓN DE ZAMARRIEGO, PORMENORIZADO CON TODOS LOS DETALLES, DEMUESTRA QUE, CADA VEZ MÁS, EL TRABAJO ADQUIERE UNA RIGUROSIDAD FUERA DE TODA DUDA. LA UNIDAD ZAMARRIEGO ES CADA VEZ MÁS ACTIVA, CON CADA VEZ MÁS PERSONAS TRABAJANDO Y MANEJA CADA VEZ MÁS INFORMACIÓN. ESTE MISMO AÑO VA A ABORDAR UNA REVISIÓN DEL CÓDIGO DE FARMAINDUSTRIA PARA VOLVER A DARLE NUEVAS REFERENCIAS DE ÉTICA Y CRITERIO. Y VA A FORJAR TAMBIÉN NUEVOS PROYECTOS QUE PERMITAN AL SECTOR FARMACÉUTICO CONOCER LA RESPONSABILIDAD NECESARIA EN ESTE CAMPO. Y TODO ELLO DESDE UNA TOTAL AUTONOMÍA, QUE SÓLO PUEDE NACER DESDE EL RESPETO MUTUO, EL ESFUERZO Y GRACIAS AL FENOMENAL PERFIL QUE LE HA DADO A LA UNIDAD JOSÉ F. ZAMARRIEGO.
- FUE UN GESTO NOBLE DE FARMAINDUSTRIA IMPULSAR EN SU DÍA LA UNIDAD, UN ACERTADO GESTO TAMBIÉN DARLE INDEPENDENCIA TOTAL, HASTA CON UNA SEDE PROPIA. Y ES MÉRITO DE ZAMARRIEGO HABER DEMOSTRADO QUE LOS “TOPICAZOS”, SON SÓLO ESO: FRASES HECHAS PARA QUIEN NO QUIERE VER MÁS ALLÁ. POR TODO ELLO, LA UNIDAD, Y ZAMARRIEGO EN NOMBRE DE TODO SU EQUIPO, MERECE SER HOY SIN DUDA NUESTRA “FIGURA DEL DÍA”.



- **A la izquierda:** La consejera Navarra, junto al Presidente de la Fundación Bamberg, José Luis Carrasco, que es un hombre encantador, y el eficaz secretario general, Ignacio Para.
- **Centro:** María Kutz, junto a Ignacio Puig de la Bellacasa, que además de los apellidos por los que ya es conocido, resulta que es familiar de la consejera Navarra por su 2º apellido, Peiceronley.
- **A la derecha:** Javier Carro, del Instituto de Estudios Sanitarios, experto en gestión hospitalaria y flamante columnista de la prensa gallega, realizó una interesante pregunta sobre I+D.



- **A la izquierda:** José Javier García Gómez, representante de las empresas de investigación Biomédica y Ensayos Clínicos, junto a Concha Serrano, Directora de Relaciones Institucionales de Bristol Myers Squibb, y Ángel Pueyo, médico y experto de referencia en investigación clínica.
- **Centro:** El presidente de la Federación e Clínicas Privadas, Antonio Bartolomé, junto a Albino Navarro, al que es una alegría ver reaparecer en los actos y Foros Sanitarios importantes.
- **A la derecha:** Ana López Alonso acudió en representación institucional de Cofares.

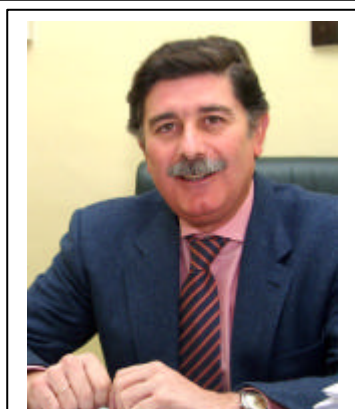


- **A la izquierda:** Simpática imagen de la actual secretaria general de Fenin, Margarita Alfonsel, con el antiguo secretario, José Luis Bozal, que preguntó sobre los médicos y la industria farmacéutica.
- **Centro:** María Kutz, tímida, callada, pero con las ideas muy claras, con Paloma Beltrán, de Boston Scientific, que hizo una pregunta muy interesante en el coloquio, y Javier Martín, el hombre de Pfizer para las relaciones institucionales en parte de la zona Norte, y una excelente persona.
- **A la derecha:** Fue muy agradable comprobar la presencia en este debate de Enrique Cataán.



CINCO MINUTOS DE SILENCIO CONTRA LAS AGRESIONES A MÉDICOS

El Colegio de Médicos de Málaga se sumó el pasado miércoles al paro convocando por asociaciones médicas de toda la capital contra las agresiones a profesionales sanitarios, en un gesto que demuestra cómo el Colegio que preside Juan José Sánchez Luque desde hace menos de un año está sabiendo ser sensible a la realidad cercana de su profesión. Además de muchas otras actividades siempre importantes, el Colegio ha decidido desde el primer momento hacer un seguimiento cercano a esta lacra sanitaria e informar pormenorizadamente sobre todas las agresiones. En total, el recuento va ya por 21 casos, el último de ellos contabilizado la semana pasada. Los médicos malagueños saben así que su Colegio está totalmente con ellos, Y también deben saber que tienen en él a un excelente presidente. En la imagen, Sánchez Luque y personal del Colegio de Médicos, durante el paro de cinco minutos hecho contra las agresiones.



PRESENTACIÓN EN MADRID DEL CONGRESO SOBRE ENFERMEDADES RARAS

El próximo lunes se va a celebrar un almuerzo en MADRID para presentar el Congreso sobre Enfermedades Raras, que se va a celebrar en Sevilla del 14 al 17 de este mes. El almuerzo será a las 14.00 horas en el Hotel AC Palacio del Retiro. Estarán el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, Manuel Pérez, y el vicepresidente de la Federación Española de Enfermedades Raras, Moisés Abascal Alonso, entre otros. Manuel Pérez ha sido siempre muy sensible con las enfermedades raras y se ha volcado en la organización y puesta en marcha de este Congreso, siempre con gran éxito.



El Avispero

LA CONSEJERA NAVARRA PASO ANTEAYER POR MADRID, SIN ESTRIDENCIAS Y MUY AL GRANO, PERO DEJANDO CONSTANCIA QUE EL “MODELO NAVARRA” ES EL NUMERO UNO EN TODO. O EN CASI TODO. HE AQUÍ ALGUNOS MENSAJES DE GRAN INTERES:

- 1) NO TENEMOS DEFICIT CON PROVEEDORES. PAGAMOS EN MENOS DE 90 DIAS.
- 2) SOMOS LOS NUMEROS UNO EN DONACION DE SANGRE.
- 3) ESTAMOS A FAVOR DE LA FUTURA VACUNA CONTRA EL CANCER DE PAPILOMA, QUE VAMOS A DISPENSAR EN CUANTO ESTE APROBADA.
- 4) LAS RELACIONES CON LA CLINICA DE NAVARRA Y EL SECTOR PRIVADO SON EXCELENTES, “INCLUSO EN EL PARLAMENTO A VECES ME CRITICAN POR ENVIAR PACIENTES A LA PRIVADA PERO LO VOY A SEGUIR HACIENDO”.
- 5) EN DEFINITIVA SOMOS REFERENCIA EN MUCHAS COSAS.

Y LO BUENO ES QUE LOS LIDERES DE LOS DISTINTOS SECTORES QUE INTERVINIERON: BARTOLOME POR LAS CLINICAS PRIVADAS; MARGARITA ALFONSEL POR FENIN... SE LO RECONOCIERON Y LE DIJERON QUE ES VERDAD. EL UNICO QUE SE SALIO UN POCO DE TONO FUE JOSE LUIS BOZAL, EX DE FENIN, QUE SE METIO EN UN ROSAL QUE NO ES EL SUYO: “YO LAMENTO LA MALISIMA IMAGEN QUE TIENE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA ANTE LOS MEDICOS. LE PREGUNTAS A LOS MEDICOS Y HABLAN MUY MAL DE LA INDUSTRIA, SE SIENTEN EXPLOTADOS. LAS ENCUESTAS QUE HACEN FARMAINDUSTRIA Y LA EFPIA NO SE LAS CREE NADIE Y YO PIDO A LAS CONSEJERIAS QUE INTENTEN MEJORAR LA IMAGEN QUE LOS MEDICOS TIENEN DE LA INDUSTRIA...¿...? LA VERDAD ES QUE CASI NADIE COMPRENDIO SU INTERVENCION. TODO LO CONTRARIO QUE LA DE JOSE JAVIER G^a GOMEZ Y JAVIER CARRO, MUY ACERTADAS. GARCIA GOMEZ EXPUSO UN GRAVE PROBLEMA: EL DESBARAJUSTE AUTONOMICO DE LOS ENSAYOS CLINICOS POR SU REGIONALIZACION. A PESAR DE LA DIRECTIVA EUROPEA -VINO A DECIR- LUEGO CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA CONTRAVINIENDOLA, LE AÑADE SU ESPECIFICIDAD. ESTO HACE QUE LA INDUSTRIA ESTE HUYENDO DE HACER ENSAYOS EN ESPAÑA. DE 400 PROYECTOS QUE HABIA EN MARCHA HACE UNOS AÑOS SE HA BAJADO A 30. CARRO PREGUNTO POR LA INTERRELACION Y DIFERENCIA ENTRE EL CIMA (PRIVADO) Y EL INSTITUTO DE INVESTIGACION BIOMEDICA (OFICIAL).

EN GENERAL LAS INTERVENCIONES DE A. BARTOLOME, ALFONSEL (FENIN), ALBINO NAVARRO, PALOMA BELTRAN (DEL BOSTON CIENTIFIC), PUIG DE LA BELLACASA Y JAVIER MARTIN (PFIZER) FUERON TAMBIEN MUY ACERTADAS. Y EL NIVEL DEL COLOQUIO PERFECTAMENTE MODERADO, Y SALPICADO CON HUMOR POR IGNACIO PARA, FUE DE GRAN ALTURA. ESTOS COLOQUIOS DE LA FUNDACIÓN BAMBERG SON MUY AGILES E INSTRUCTIVOS. Y SOBRE TODO DE GRAN NIVEL POR LA SELECCIÓN DE LOS INVITADOS. MARIA KUTZ ESTUVO SERIA COMO ELLA ES, PERO AMABLE. NO REHUSO NINGUNA PREGUNTA. RECOGIO LOS ELOGIOS, A VECES CON UN POCO DE RUBOR, Y NO HIZO ENFASIS DE SUS ACIERTOS. REALMENTE DIO UNA BUENA IMPRESIÓN ESTA MICROBIOLOGA NAVARRA, QUE LO ESTA HACIENDO MEJOR DE LO QUE TRASLUCE.

LA ANÉCDOTA: EL PAÑUELO ROJO DE LOS SANFERMINES Y LAS DONACIONES

LA NOTA DE HUMOR, COMO SIEMPRE, LA PUSO ALBINO NAVARRO. CON SU FINO INGENIO Y AUNQUE INTERVINO AL FINAL, CON MUCHAS PREGUNTAS YA “PISADAS” QUISO ELOGIAR A LA CONSEJERA “PORQUE NAVARRA ES LA PRIMERA COMUNIDAD EN DONACIONES DE SANGRE”. Y APOSTILLO: “TE FELICITO Y FELICITO A TODOS LOS NAVARROS, PORQUE NO SOLO SE PONEN EL PAÑUELILLO ROJO PARA CORRER ANTE LOS TOROS, EN LOS SANFERMINES, SINO TAMBIEN PARA CORRER A DONAR SANGRE”.