

AHORA SE PAGAN 17 EUROS POR HORA Y 4 POR PACIENTE, "LOS HONORARIOS MÁS BAJOS DE ESPAÑA"

El Colegio de Madrid dice que la hora del médico de Familia debería estar en 50 €

→ Las compañías de seguros se están amparando en la crisis para recortar los honorarios de los facultativos. El Colegio de Madrid quiere dignificar las

El Colegio de Madrid se ha marcado el objetivo de dignificar las condiciones laborales y retributivas de los médicos que ejercen en la sanidad privada. Para ello, ha calculado el acto médico y ha llegado a la

conclusión de que un médico de Familia tiene que ganar 50 euros la hora, en lugar de los 17 euros que percibe en estos momentos. Estos cálculos se han centrado en atención primaria, pero el colegio los

condiciones laborales de los médicos de AP de Madrid, que tienen de los sueldos más bajos de España, y piden que se les paguen 50 euros la hora.

quiere hacer extensibles a otras especialidades.

Ante esta falta de sintonía entre la realidad y lo correcto, el colegio está haciendo llegar esta información a las aseguradoras a través de una comi-

sión que puso en marcha en 2009 para velar por los intereses de los médicos de la sanidad privada. También les ha enviado un nuevo modelo de contrato sin demasiado éxito.

PÁG. 7

Si cree usted que la educación es cara, pruebe con la ignorancia DEREK CURTIS



Xabier Elcoroaristizábal, Marian Martínez de Pancorbo y Sergio Cardoso.

APOE épsilon 4 puede ser un nuevo factor genético en EA

La combinación de diversos marcadores moleculares y la APOE épsilon 4 podrían conformar un nuevo conjunto de riesgo genético de deterioro cognitivo leve.

PÁG. 10

PILAR FARJAS Y CARMEN VELA ESTARÁN AL FRENTE DE LA SANIDAD Y LA INVESTIGACIÓN

Sanidad sufre un recorte de 409 millones en el primer trimestre de 2011

Un acuerdo de no disponibilidad, dado a conocer en el segundo Consejo de Ministros del Gobierno del PP, deja a Sanidad sin 409 millones en el primer trimestre de 2012. El acuerdo, que forma parte de los presupuestos prorrogados de 2011, asciende a 8,900 mi-

llones. El Consejo de Ministros también ha confirmado los nombramientos de Pilar Farjas como secretaria general de Sanidad, de María Jesús Fraile como subsecretaria del Ministerio y de Carmen Vela como secretaria de Estado de I+D+i.

PÁG. 4



Pilar Farjas.



Carmen Vela.



Elena López-Cancio, del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, de Badalona.

El 8,6% de la población tiene aterosclerosis intracranial

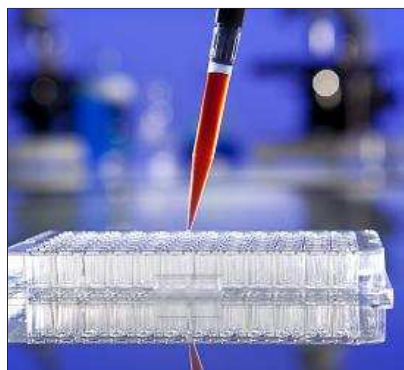
El estudio poblacional AsIA, realizado en dos comarcas barcelonesas con 933 personas de más de 50 años, muestra que el 8,6 por ciento tiene aterosclerosis intracranial.

PÁG. 11

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 12]

Jóvenes 'cerebros' en busca de futuro

Las nuevas hornadas de científicos posdoctorales en el extranjero desarrollan líneas de investigación punteras en instituciones de prestigio y se han acostumbrado a trabajar con grandes recursos. Quieren regresar a España, pero no de cualquier manera. Aspiran a tener su laboratorio.



GETTY IMAGES

Los jóvenes científicos desarrollan líneas prometedoras, como la anulación de los recuerdos traumáticos.

TSJ DE CATALUÑA

El estatutario no tiene derecho a la póliza de accidentes del funcionario

El TSJ de Cataluña ha dictado una sentencia en la que desestima la reclamación de una trabajadora, personal estatutario del Servicio de Salud, de ser indemnizada en virtud del seguro que la Generalitat tiene contratado para la cobertura de funcionarios. El tribunal dice que es un beneficio que no se hace extensible a los colectivos que no lo han negociado.

PÁG. 8



José Cuñat, presidente de la sociedad.

"Nuestros dioses en la Semicyc son la calidad y la seguridad"

Las infecciones nosocomiales han descendido mucho en nuestro país en los últimos años, pero aún queda mucho trabajo por hacer. En ello se empeñan en la Semicyc.

PÁG. 13

Ácido Ibandrónico Teva

PRIMER GENÉRICO™

3 MESES de tratamiento 62% de ahorro

Más comodidad y ahorro!™

envase de 3 comprimidos

Bioequivalente y Bioaparente

con Bonviva[®] y Bondenza[®]

COMPRIMIDO DE ÁCIDO IBANDRÓNICO TEVA 150

COMPRIMIDO DE BONVIVA[®] Y BONDENZA[®] 150

Todos para uno: tu paciente

91 535 91 80

www.tevapharma.es

Carlos Andradás, presidente de la Confederación de Sociedades Científicas de España, reaccionó al reparto de carteras ministeriales diciendo que estaba decepcionado porque la ciencia no aparecía en los rótulos. Eso nos pasó a muchos pero, bien mirado, lo que importa no es el nombre de la función sino que se salvaguarden las dotaciones presupuestarias destinadas a la investigación y, en particular, al Plan Nacional de I+D+i y los programas en red. En el Ministerio de Economía y Competitividad, si algo deberían saber es calcular que gastar en

CARMEN FERNÁNDEZ  **REDACTORA JEFE**

El ejemplo de la vacuna contra la rubéola

de la primera vacuna contra la rubéola. Gracias a ella no ha vuelto a suceder una epidemia como la de 1964-1965: 12,5 millones de casos de rubéola adquirida y, como consecuencia, 11.000 abortos, 2.100 neonatos muertos y 20.000 niños con defectos congénitos. Si avances como este no son una gran inversión, ¿qué lo es?

ciencia (bien, seleccionando los mejores proyectos y controlando sus resultados), especialmente biomédica, sale a cuenta se mire por donde se mire. Véase el principal saldo de una efeméride a conmemorar en 2012: los 50 años

SUMARIO
n.º
4.477
AÑO XXI
LUNES
2 ENERO

SANIDAD PÁG 4

Un acuerdo del Consejo de Ministros deja a Sanidad sin 409 millones • Pilar Farjas, secretaria general de Sanidad • Cantabria impulsa la asistencia integral en paliativos

PROFESIÓN PÁG 7

El Colegio de Madrid pide a las aseguradoras 50 euros por hora para los médicos de Familia • El Simpa teme que la restricción de plazas públicas ponga en peligro el fin de la OPE asturiana

NORMATIVA PÁG 8

El TSJ de Cataluña niega a un estatutario la cobertura de la póliza de accidentes firmada para el funcionario • Los ciudadanos piden a la defensora del pueblo una sanidad gratuita y universal

MEDICINA PÁG 10

La terapia combinada frente a tuberculosis produce multiresistencias a largo plazo • Se describen nuevas claves sobre el deterioro de la memoria

GESTIÓN PÁG 13

José Cuñat, presidente de la Semicyuc: "Nuestros dioses son la calidad y la seguridad" • Los médicos de Familia de la Comunidad Valenciana piden mejoras en el sistema *Abucas*

ENTORNO PÁG 14

La terapia con animales en pacientes con Alzheimer parece mostrar resultados positivos en el aspecto emocional de los pacientes • Estancias en CT, útiles frente a las adicciones

RECORTES PRENSA

APXII (WORDPRESS)

La ley de los cuidados inversos en primaria

Se cumplen ahora 50 años desde que un importante médico inglés, Julian Tudor Hart, enunciara la llamada ley de los cuidados inversos: el acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población, y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más fuertes.

Sin embargo, los médicos generales y de familia suelen ignorar la ubicuidad de dicha ley, y hasta su mero enunciado: en teoría, prestamos más servicios a quienes más los necesitan, pero en la práctica las cosas suceden en sentido inverso: los pobres, los marginados, los inmigrantes y los ancianos

reciben menos cuidados.

Veremos con algunos ejemplos cómo esta atención no es todo lo correcta que debería, pudiendo hablar claramente de pacientes olvidados.

-Accesibilidad a las consultas. Están de moda los *call center* y la posibilidad de acceder a la agenda del médico vía internet. En muchos centros han aumentado las colas en el área administrativa y las dificultades de citación para un segmento amplio de la población, como ancianos y parados, a los que resulta difícil acceder a una línea de internet, a un teléfono móvil activo, o directamente se pierden en la maraña de instrucciones que les da una máquina.

-Atención al inmigrante: cuesta ver en consulta al paciente que se expresa mal y no entiende bien, además de que viene muchas veces fuera de hora y sin cita.

-Las consultas con ancianos: se hacen farragosas y a

veces irritantes, por la lentitud y la cantidad de cosas que hay que hacer y valorar en ellos. En ocasiones se convierten en dianas de medicalización por su comorbilidad y la consiguiente polifarmacia.

-Pacientes en domicilio: la mayor parte de nosotros vemos las visitas a domicilio como algo anacrónico e incómodo. Normalmente es una decisión que se pospone, justificándose por tener siempre algo más importante que hacer, generalmente la consulta a demanda, que nos impide salir a la calle y visitar al anciano con demencia o insuficiencia cardíaca y a su cuidador/a.

Hay otro grupo de pacientes que podemos encuadrar en una categoría similar. Son aquellos que acuden a consulta, pero a los que casi nunca acabamos de prestarles la suficiente atención. Son los pacientes invisibles:

-Los cuidadores: cuando van acompañando al fami-

EL DATO 19% más de riesgo de cáncer renal en los grandes consumidores de carne roja

Comer mucha carne roja, más de 113 gramos diarios, puede estar asociado con desarrollar cáncer renal, especialmente si está cocinada a la barbacoa, según concluye un estudio del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos que se publica en *American Journal of Clinical Nutrition* y en el que se han revisado los hábitos alimenticios de 500.000 estadounidenses mayores de 50 años durante nueve años.

liar y han pedido cita para los dos. El *cuidado* roba tiempo y atenciones en consulta al *cuidador*. En el caso de que el cuidador no sea familiar del cuidado y esté en nuestro cupo, la situación se agrava aún más, pues éste suele presentar la comorbilidad de ser inmigrante.

-El que va por lo privado: y que viene a consulta *por interés* *quiere* *Andrés*. De to-

dos es sabido que si el médico comete la ilegalidad de hacer recetas de médicos privados a veces acaba transigiendo con cosas que él no habría hecho.

-Los *curelas*: pacientes que tienes bien situados, pero que no conoces o que conoces a través de su esposa o hijos. Que consultan en fases sintomáticas de enfermedades agudas o fases

avanzadas en enfermedades crónicas. Su atención es deficiente por la rigidez horaria de nuestra consulta.

-Los pacientes poco exigentes, de clase social baja, conformistas: éstos que nunca dan guerra, vamos, que cuando llevas retraso siempre resultan damnificados.

-Los ancianos institucionalizados en residencias cuya atención nos corresponde: la inercia terapéutica, la tarea compartida con el médico de la residencia y la carga de todo tipo que soportamos, hacen que esta labor nos resulte molesta.

-Pacientes que viven en exclusión social: rara vez llegan al centro de salud y, cuando lo hacen, es difícil entender todo lo que tienen detrás.

-Paciente olvidado, paciente olvidado: olvidado significaría en nuestra dialéctica invisible.

Beatriz Aragón Martín, Jesús Redondo Sánchez y Roberto Sánchez.

DM
DIARIO MEDICO
Dep legal:
M-17843-1992
Avenida de San Luis, 25.
28033 MADRID
Tfno. 91 443 64 70
Fax: 91 443 63 40
Paseo de Gracia, 11. Escalera A,
5ª planta. 08007 BARCELONA
Tfno. 93 496 24 00
Fax: 93 496 24 05
www.diariomedico.com



DIRECTOR: Javier Olave Lusarreta

SUBDIRECTOR: José Ramón Zárate Covo

REDACTORA JEFE: Cristina Ruiz

REDACTORA JEFE EN CATALUÑA: Carmen Fernández Fernández

JEFE DE EDICIÓN: Esperanza Franco Fernández

COORDINADOR MÉDICO: Dr. Javier Cotelo Vila

REDACTORA JEFE DE DIARIOMEDICO.COM: Elena Escala

COORDINADOR DEL CONSEJO CIENTÍFICO: Dr. Manuel González Barón

Correo electrónico: dminternet@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 64 70

PRESIDENTE EJECUTIVO: Antonio Fernández-Galiano DIRECTOR GENERAL EDITORIAL: Pedro J. Ramírez DIRECTOR EDITORIAL: Miguel Ángel Mellado
DIRECTOR GENERAL (PUBLICIDAD): Alejandro de Vicente DIRECTOR GENERAL (ÁREA SALUD): Carlos Beldarrain DIRECTOR DE ARTE: Rodrigo Sánchez

IMPRESIÓN

FABRIPRESS, S.A.
Tfno. 91 883 95 00
Fax: 91 883 95 10

DISTRIBUCIÓN Y SUSCRIPCIONES

902 99 82 11

suscripciones@unidadeditorial.es

SOCIEDAD EDITORA:

Unidad Editorial, Revistas S.L.U., Madrid

DISTRIBUCIÓN CONTROLADA POR



S.V.P. número 92010 R, concedido por el Ministerio de Sanidad

PUBLICIDAD

DIRECTOR COMERCIAL: Jesús Zaballa

DIRECTORA DE PUBLICIDAD ÁREA SALUD: Mar de Vicente

DIRECTORA DE PUBLICIDAD: Belén Pérez

belen.perez@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 54 10

KEY ACCOUNT MANAGER: Daniel de Julián

danieldejulian@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 02

DEPARTAMENTO COMERCIAL MADRID

Eusebio Esman eusebio.esman@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 54 52

María Gallardo maria.gallardo@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 03

Fátima Zornoza fatima.zornoza@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 06

María José García mariajose.garcia@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 54 92

Alicia López alicia.lopez@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 01

María Arroyo Alegre maria.arroyo@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 49

DEPARTAMENTO COMERCIAL BARCELONA

Tina Pamplona tina.pamplona@unidadeditorial.es Tfno. 93 496 24 40

Rosal Koren rosalkoren@unidadeditorial.es Tfno. 93 496 24 23

Susana Nocete susana.nocete@unidadeditorial.es Tfno. 93 496 24 50

CLASIFICADOS Y PEQUEÑO ANUNCIO

Fernando Serrido huelte@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 52 01 Fax: 91 443 59 74

COORDINACIÓN:

Nuria del Pozo nuria.pozo@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 52 63

DIRECTORA DE MARKETING
Rosario Serrano
rosariosal@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 54 91

FORMACIÓN
Verónica Borrego Polo
veronica.borrego@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 54 96

TRÁFICO INTERNET
trafico.salud@unidadeditorial.es



Claudio Bueno

Director gerente del Hospital de Valme, de Sevilla. El Hospital de Valme colabora con la Diputación Provincial de Sevilla en un segundo proyecto de ayuda sanitaria a Haití, que se desarrollará entre el 9 y el 19 de enero.

El primer proyecto se llevó a cabo tras el terremoto que sufrió ese país, y este segundo tiene por objetivo prestar atención ambulatoria y realizar actuaciones quirúrgicas.

EL PULSÓMETRO



Tomás Cobo

Presidente del Colegio de Médicos de Cantabria. Un equipo de médicos del colegio cántabro, encabezado por su presidente, acaba de regresar de Benín, un país en el que el colegio coopera desde hace seis años. El equipo tiene varios especialistas, sobre todo en Oftalmología, Odontología, Anestesia y Óptica. La OMC está implicada en el proyecto con su Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios.

LA 2ª OPINIÓN. “¿Sería extraño que [EE UU] hubiera desarrollado una tecnología para inducir el cáncer y que nadie lo sepa hasta ahora y se descubra esto dentro de 50 años o no sé cuánto? No sé, sólo dejo la reflexión, pero esto es muy extraño”. [Hugo Chávez, presidente de Venezuela]

No se sabe muy bien si es una de las ironías del presidente Chávez o lo piensa como probabilidad, pero pasará a engrosar la lista de sus provocaciones populistas. Lo malo es que personas sin demasiada formación científica lo pueden tomar en serio, como el bulo del virus del sida salido de un laboratorio farmacéutico o el de los marcianos ocultos en Roswell.

AGENDA

LUNES

2

ENERO

Química

La química y la nanoquímica en la sociedad. Hasta el 15 de enero, en el Parque de las Ciencias de Granada. Exposición organizada por el Instituto Andaluz de Química Fina y Nanoquímica de la Universidad de Córdoba. In-

formación: www.parqueciencias.com/parqueciencias/exposiciones-temporales/index.html

Exposición

A través del espejo. Lecturas de la obesidad: medicina, arte y sociedad. Se

celebra hasta el 30 de marzo en la sala de exposiciones del Instituto de Historia de la Medicina López Piñero, de Valencia, organizado junto con el vicerrectorado de Cultura, Planificación e Igualdad de la Universidad de Valencia. Información:

www.ihmc.uv-csic.es/

Biología

Lo que Darwin no pudo ver. Exposición organizada hasta el 10 de enero por el Instituto de Ciencias del Mar de Barcelona en la sala de exposiciones de la Biblioteca

Sagrada Familia, en Barcelona. Incluye charlas científicas, paneles ilustrativos y vídeos de las expediciones oceanográficas y los recursos científicos marinos. Información: www.icm.csic.es/icmdivulga/es/allo-que-darwin.htm

Exposición

Entre moléculas. Un conjunto de experiencias para conmemorar el Año Internacional de la Química. Con 22 paneles elaborados por expertos del CSIC. Hasta el 15 de enero en la Casa de las Ciencias de Logroño.

RADIOGRAFÍA



EL BELÉN RECICLADO DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. La Unidad de Partitorios del Hospital Materno Infantil del 12 de Octubre, de Madrid, ha adornado el pasillo de partitorios con un nacimiento muy original, realizado con productos desechables utilizados durante los partos, para celebrar la Navidad. Este peculiar Misterio está construido a partir de botes de suero vacíos, gasas, calzas y gorros quirúrgicos usados por los padres, y envoltorios de cápsulas de café. Además, el pesebre está hecho con cartones reciclados del almacén, el niño Jesús duerme sobre una original cuna formada con la funda del cepillo quirúrgico, los trajes de sus Majestades los Reyes Magos están confeccionados con gasas y los presentes son ampollas de analgesia que se emplean en la epidural, entre otros materiales utilizados para su construcción.



DIARIOMEDICO.COM

ENCUENTRO DIGITAL

José María Lailla, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. El viernes 13 de enero a partir de las 11:00 horas, José María Lailla, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), participará en un encuentro digital con los lectores de Diariomédico.com. Lailla, jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios y catedrático de la Universidad de Barcelona, sustituyó a José Manuel Bajo Arenas al frente de la Sociedad en mayo de este año. Envíe sus preguntas entrando en la sección de *Opinión y Participación*.



FORMACIÓN

Nutrición del niño sano: Puntos básicos para nuestra práctica clínica diaria. Inscríbese en este curso en el que se darán pautas nutricionales para la alimentación infantil en las diferentes etapas de desarrollo y crecimiento. Entre en la plataforma de formación.

III ENCUENTRO ESPECIALIZADO



Unidad Editorial
Comunicación y Formación

Colabora: **DIARIO MEDICO**

Gestión de Cobros al Sector Público Sanitario

Madrid, 22 de febrero de 2012. Auditorio Unidad Editorial



Colaboran:



DIARIO MEDICO.COM

CORRECFARMACEUTICO.COM



Signos y plantee sus cuestiones en nuestros canales 2.0



Inscripción a través de **conferencias** y **formación.com**

Atención al cliente y ayuda a la navegación **91 443 53 36**

PRESUPUESTOS EL SEGUNDO CONSEJO DE MINISTROS AÑADE NOMBRAMIENTOS MINISTERIALES

Un acuerdo de no disponibilidad deja a Sanidad sin 409 millones

→ Para empezar, reducciones presupuestarias. El Gobierno ha presentado un acuerdo de no disponibilidad, dentro de los presupuestos prorrogados

de 2011, por valor de 8.900 millones. El recorte, que en principio afecta al primer trimestre del año, deja a Sanidad sin 409 millones.

■ José A. Plaza

El segundo Consejo de Ministros de la era Rajoy ha dado forma a las primeras grandes medidas del Gobierno del PP. Todos los ministerios se ven afectados por recortes dependientes de un acuerdo de no disponibilidad incluido en la prórroga de los presupuestos de 2011; el de Sanidad sufrirá (en el primer trimestre del año, hasta que se aprueben los de 2012) un recorte de 409 millones. En el de Economía y Competitividad, en el que se encuadran las competencias científicas y de investigación, la reducción presupuestaria será de 1.083 millones.

Este acuerdo de no disponibilidad alcanza, sumando las reducciones en todos los ministerios, los 8.900 millones de euros. La iniciativa "forma parte del inicio del nuevo presupuesto", según ha explicado el ministro de Hacienda, Cristóbal Montoro.



La vicepresidenta del Gobierno, Soraya Sáenz de Santamaría (segunda por la izda.), acompañada por tres ministros en el segundo consejo de Gobierno; de izda. a dcha., Luis de Guindos (Economía), Cristóbal Montoro (Hacienda) y Fátima Báñez (Empleo).

En el ámbito laboral, la tasa cero de reposiciones no afecta a plazas hospitalarias y de centros de salud, en las que esta tasa puede llegar al 10%

ro: "Se trata de un puente hasta llegar a este nuevo presupuesto. Es un compromiso de no gasto sobre la dotación prorrogada de

2011, que se trasladará al presupuesto de 2012 y completará la visión del gasto en el próximo año, que sin ninguna duda se tendrá que

adecuar a una realidad difícil".

El Consejo de Ministros también ha informado sobre novedades en el ámbito laboral; se establecerá una tasa de reposición cero (cobertura de vacantes) con excepciones, entre las que se encuentran las plazas laborales del personal sanitario hospitalario y de centros de salud. Además, la jornada laboral sube a 37,5 horas entre los funcionarios.

Dependencia

El Gobierno también ha acordado mantener en 2012 las prestaciones destinadas a la protección en materia de dependencia de quienes ya tienen reconocida algunas de las prestaciones del sistema; se garantiza así "una financiación mínima, común y estable para todos", aunque no se financiará a nuevos dependientes moderados.

Entre las medidas que adoptará el Gobierno destaca "la necesaria reforma del modelo de financiación para hacer sostenible el sistema de atención a la dependencia, así como el fomento de políticas de promoción de la autonomía personal y de prevención de la dependencia para todos los grados y niveles". También se abordará la regulación de la coordinación socio-sanitaria "para mejorar la eficiencia en la gestión y la calidad asistencial, así como la configuración de un nuevo sistema de información estadística y el desarrollo de un modelo de gestión administrativa de la dependencia".



Ricardo Oliván, consejero aragonés.

ARAGÓN CREA MESAS DE COORDINACIÓN

Oliván quiere modificar los órganos sanitarios de participación ciudadana

■ Redacción

Ricardo Oliván, consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Aragón, ha comparecido a petición propia en las Cortes autonómicas para informar sobre la situación del Consejo de Salud de Aragón y del Consejo Aragonés de Servicios Sociales, y sobre su relación con la reciente constitución de mesas permanentes de coordinación en ambas materias. Oliván ha defendido "unos órganos de participación ciudadana más operativos, reales y efectivos".

Ante las críticas de la oposición por la creación de estas mesas, ha apuntado que "nuestro objetivo es permitir que muchos colectivos puedan opinar. La convocatoria de más grupos de trabajo previos es legal, no punea a ningún otro consejo". Sobre el trabajo que se ha llevado a cabo hasta la fecha en las mesas de trabajo, ha manifestado que aún se está recopilando la opinión de las diferentes entidades involucradas, "que se llevará al Consejo Aragonés de Salud para un dictamen final". Según ha añadido, existe una necesidad de abordar cambios en las competencias actuales de los consejos de participación ciudadana.

Habla la oposición

La respuesta de la oposición no se ha hecho esperar. Eduardo Alonso, del PSOE, ha expuesto que "mezclar a colectivos muy diferentes, con casuísticas tan distintas, puede resul-

tar poco operativo", mientras que la portavoz de CHA, Nieves Ibeas, ha lamentado que el consejero "se haya saltado a la torera la legislación para montar sus propios grupos de trabajo". En la misma línea se ha mostrado Patricia Luquin (IU): "Oliván muestra su deseo hacia el mayor impulso posible del Consejo de Salud, pero crea mesas alternativas de trabajo para la misma labor. Curiosa forma de empujarlo".

Decreto presupuestario

Por otro lado, el Ejecutivo aragonés ha aprobado un decreto ley para dar cobertura presupuestaria a gastos no presupuestados por el Gobierno anterior. El alcance de las obligaciones sin cobertura presupuestaria generadas por la comunidad autónoma asciende a 465.015.605 euros. En el desglose de esta cifra se cita las prestaciones del sistema de atención a la dependencia: "Los compromisos adquiridos con los dependientes titulares de prestaciones reconocidas se estiman en 28.755.917 euros".

También se menciona la deuda sanitaria: "Los gastos de gestión, especialmente suministros, mantenimiento de centros, obras, gastos de conciertos y farmacia hospitalaria son los conceptos que componen esta deuda, que se estima en 400 millones de euros". De esta cantidad, 220.706.580 euros obedecen a obligaciones contraídas antes de 2011.



Pilar Farjas.



Carmen Vela.

MARÍA JESÚS FRAILE, SUBSECRETARIA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

Pilar Farjas, secretaria general de Sanidad; Carmen Vela, secretaria de Estado de I+D+D

■ Redacción

Pilar Farjas, hasta ahora consejera de Sanidad de la Xunta de Galicia, ha sido nombrada secretaria general del Sanidad en la segunda reunión del Consejo de Ministros presidido por Mariano Rajoy. La nueva secretaria general considera que "es un privilegio formar parte del Gobierno de España".

Por su parte, María Jesús Fraile ha sido designada subsecretaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad. Es licenciada en Derecho y Técnico Superior de la Administración General del Estado desde 1980. Ha sido subsecretaria del Ministerio de Medio Ambiente, directora general de Presupuestos y Patrimonio en la Consejería de Hacienda de la Comunidad de Madrid y ha estado al frente de la Concejalía de Cultura, Educación, Juventud y Deportes del Ayuntamiento de Madrid.

El Consejo de Ministros

ha aprobado también el nombramiento de Carmen Vela (ver DM del 18-XI-2010) como secretaria de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación. Vela preside la Sociedad Española de Biotecnología (Sebiot) y es directora general de la compañía Ingenasa; en declaraciones a DM, ha señalado que prefiere esperar a su toma de posesión para valorar el futuro; en todo caso, augura que "ciencia e investigación van a quedar bien".



Constantes y vitales

Desde hace 20 años, Diario Médico es testigo constante de la evolución de la sanidad española con el rigor y la seriedad que la profesión se merece. Por eso hemos llegado hasta hoy con la vitalidad del líder en información médica en nuestro país.

DIARIO MEDICO^{20 años}

Porque la información es vital

CUIDADOS ACERCAR PRIMARIA Y ESPECIALIZADA ES LA BASE PARA MEJORAR EL ABORDAJE

Cantabria quiere fomentar la asistencia integral en paliativos

→ Coordinar más y mejor los dos niveles asistenciales es un primer paso necesario para alcanzar una atención integral en cuidados paliati-

■ **Santiago Rego** Santander La consejera de Sanidad, María José Sáenz de Buruaga, ha anunciado que su departamento acometerá durante 2012 una revisión y modernización de la estrategia de cuidados paliativos partiendo del consenso con los profesionales, ya que, en su opinión, representan "el paradigma de la coordinación y continuidad asistencial entre primaria y especializada".

Durante las Primeras Jornadas sobre Cuidados Paliativos de Cantabria, la consejera ha explicado que en los próximos meses se constituirán distintos grupos de trabajo de los que formarán parte los profesionales que trabajan en paliativos, "que serán el soporte básico para poner en marcha el modelo que defiende la Consejería de Sanidad".

Este modelo, ha explicado Sáenz de Buruaga, se basa en una atención integral, que engloba a Primaria y Especializada, con equipos específicos en ambos niveles que colaboren de forma continuada y coordinada en la prestación de los cuidados paliativos. A su juicio, el modelo asistencial debe orientarse a la atención domiciliaria, al ser el mejor lugar para seguir la evolución, control, apoyo y tratamiento de los pacientes en la fase final de la vida.

Elementos principales

Tras afirmar que los cuidados paliativos son un "elemento cualitativo esencial del sistema de salud", la consejera ha citado también como objetivos la mejora de los niveles de cobertura, y ha asegurado que la equidad en el acceso a los cuidados

vos, según ha señalado la consejera cántabra de Sanidad, María José Sáenz de Buruaga. Los profesionales son la base de un mejor abordaje.



María José Sáenz de Buruaga.

paliativos, el impulso de la investigación, la adecuación de los conocimientos y las habilidades de los profesionales para el tratamiento de estos pacientes, además de la formación sanitaria de los enfermos y sus familias, "son elementos en los que habrá que poner especial empeño".

Las fronteras entre asistencia primaria y especializada, entre hospitales de agudos y centros sociosanitarios, y entre hospitales comarcales y de referencia, "deben abrirse y ser permeables a una gestión consensuada, racional, eficaz, eficiente, justa y beneficiosa para el enfermo y su familia, que han de ser considerados como una unidad".

Sáenz de Buruaga ha subrayado que para conseguir ese objetivo, el trabajo que desarrollará Sanidad en los próximos meses "ha de ocurrir de la mano de los profesionales sanitarios que trabajan en paliativos, que son quienes mejor lo conocen y quienes mejor pueden decir a la Administración cómo mejorar el modelo, cambiando lo que sea necesario y mejorando todo lo que haga falta".

GALICIA CONFÍA EN LAS MEDIDAS DE RAJOY

Núñez-Feijóo: "No podemos actuar como si no hubiera 16.000 millones de deuda"

■ Redacción

El presidente de la Xunta, Alberto Núñez Feijóo, ha señalado tras el último Consejo de Gobierno autonómico que, en relación con la prestación farmacéutica, "necesitamos ir hacia un nuevo modelo para alcanzar una farmacia sostenible para la administración y accesible para el ciudadano". Para ilustrar este cambio ha indicado que el gasto farmacéutico "es tres veces mayor que el de las universidades" y ha apuntado que a farmacia se dedica el 10 por ciento de los presupuestos de la comunidad: "Esto no puede seguir así; España es el país europeo con mayor gasto farmacéutico tras Grecia y Eslovaquia".

Con respecto a las medidas de recorte adoptadas por el Gobierno, ha retrasado su opinión hasta conocer las pautas concretas que establezca la ministra de Sanidad, Ana Mato. Si ha dejado claro que "no se puede seguir como si el

Sistema Nacional de Salud no debiese entre 16 y 18.000 millones de euros, una cifra que es el doble del presupuesto anual de Galicia".

Mejor que sin medidas

Sean cuales sean estas decisiones concretas, ha incidido en que Galicia "estará mejor que ante la ausencia de medidas o las decisiones equivocadas" del anterior Ejecutivo estatal: "En esta autonomía ya teníamos asumida la carencia de medidas, porque llevamos trabajando dos años y medio para mejorar la ausencia de soluciones económicas, las decisiones equivocadas y los bandos normativos".

Pese a esta situación, cree que "Galicia hizo sus deberes y cumplió con los objetivos de déficit en 2009 y 2010". En principio, no se ha mostrado reticente a que las medidas de carácter nacional puedan ser trasladadas al ámbito autonómico.

TRIBUNA ENTRE OTRAS COSAS, LA SITUACIÓN REQUIERE LA CREACIÓN DE UNA TARJETA SANITARIA ESTATAL Y NO AUTONÓMICA

Sí a la innovación, no a los recortes

→ Si se quiere dar a la innovación la importancia que merece, hay que enfocar la asistencia sanitaria desde una perspectiva diferente. Es necesaria una modificación de la atención primaria, pero no deben quedar ahí los cambios: también se requiere profesionalizar las gerencias, revisar los resultados mediante la creación de un observatorio de calidad y alcanzar un pacto entre todos los sectores implicados en la sanidad.



GUILLERMO SIERRA

Traumatólogo y ex-presidente de la OMC

En mayo de 1999 el recientemente fallecido Steve Jobs dijo: "La solución para Apple no es un recorte de costes, sino la innovación". En una mente empresarial, que planifica a largo plazo y arriesga su dinero, es comprensible esta forma de pensar. Por el contrario, a una mente cortoplacista, que maneja el dinero ajeno y cuya preocupación es no perder el sillón, se entiende que la innovación le quede grande; lo fácil, lo que no precisa imaginación, es recortar prestaciones. Hace días vi que unos amigos mandaron a su nieto, que no había hecho los deberes y no tenía notas muy brillantes, al cuarto de pensar. Posiblemente, algunos dirigentes deberían pasar una temporada por este habitáculo. Han sacado malas notas, no han hecho los deberes y no han enseñado las calificaciones a la ciudadanía, que es la que paga su trabajo.

Necesitamos jinetes que sepan, sin demagogia, montar y controlar el caballo desbocado del mercado; no jinetes que repartan los beneficios y socialicen las pérdidas. No podemos aceptar que en el barrio próspero de la aldea global sólo viva el 20 por ciento de la población. La innovación exige enfocar la recurrente problemática sanitaria desde otra perspectiva. Hay que mejorar la atención primaria, atajando la masificación de las consultas, que pueden llegar a ser innecesarias por la excesiva burocracia y una incorrecta oferta. Trabajemos con la mejora y el ahorro racional de la oferta y no de la demanda.

Es imprescindible una mayor participación y un reconocimiento del médico en la primaria, así como una adecuada coordinación con la atención especializada;

esto evitaría una duplicidad de gastos. Además, los profesionales merecen el tiempo necesario para realizar una exhaustiva historia clínica, lo que llevaría a una reducción de las pruebas complementarias, algunas innecesarias. El médico está más satisfecho con la calidad que con la cantidad.

Crear un observatorio de calidad

También hay que profesionalizar las gerencias, acabando con el baile de los cargos de dirección según la música de los resultados electorales, y revisar los resultados de la asistencia sanitaria mediante un observatorio de calidad. Es necesario analizar comparativamente, entre los centros asistenciales, la dificultad de las patologías atendidas, el número de infecciones, el número de reintervenciones y los medios, tanto humanos como materiales, de los que se dispone. En este observatorio de calidad deben participar los ciudadanos y los profesionales. Éstos últimos son los que pueden y deben hacer pedagogía de la adecuada utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos, creando pacientes activos y conocedores de sus patologías. El modelo retributivo ha de basarse en los conocimientos, en la dedicación, en las habilidades y en los resultados, tanto clínicos como de investigación, según los medios de que se disponga, así como en la eficacia, la eficiencia, la efectividad y la satisfacción de los ciudadanos con la actividad profesional.

Hacer una revisión del gasto de la asistencia sanitaria de los accidentes de tráfico, laborales y escolares, y del turismo sanitario, es otra de las medidas necesarias,

como también lo es implantar de forma inmediata una tarjeta sanitaria estatal y no autonómica. Además, debemos profundizar en la búsqueda de otros epígrafes en los que controlar el gasto, revisar los sueldos y gastos de unos 80.000 cargos políticos, no olvidar que la cifra del fraude fiscal de un año es superior al presupuesto sanitario del mismo año y fomentar la transparencia de la financiación de las campañas electorales de los partidos políticos. Desde la plataforma de la equidad, deben revisarse y armonizar las prestaciones autonómicas.

En estos momentos de crisis todos los sectores debemos poner de nuestra parte. La Administración, en el sanitario, debe escuchar a los profesionales. A éstos hay que hacerles socios de los proyectos sanitarios y de la gestión, pero no cómplices de los recortes; y unos pocos no pueden tomar las decisiones de muchos; es necesario desburocratizar la gestión y que ésta vaya dirigida a mejorar la calidad asistencial y no a la fiscalización. Y se debe hacer el mayor esfuerzo para conseguir un Pacto de Estado.

Finalmente, los pacientes no deben olvidar que, para disfrutar de una asistencia sanitaria de calidad, hay que hacer un uso adecuado de los recursos y no abusar de ellos; en tiempos de crisis habrá que priorizar las prestaciones según las necesidades. Deben exigir y manifestar públicamente su repulsa contra todo comportamiento que menoscabe el derecho constitucional de la protección de la salud. La Constitución no debe ser sólo el nombre de un puente vacacional en el mes de diciembre; es mucho más y todos debemos respetarla.

Desde la equidad, deben revisarse y armonizarse las prestaciones autonómicas

EXTREMADURA

El Simex exige que se lleven a la mesa los compromisos sobre AP

■ F. G.

Ni el cambio del Gobierno autonómico ni las reiteradas peticiones sindicales consiguen sacar a la atención primaria de Extremadura del "preocupante estancamiento" en el que está instalada, según el Sindicato Médico de Extremadura (Simex, adscrito a CESM).

Es tal la parálisis que Mercedes Padilla, presidenta de Primaria del sindicato, reclama a la Consejería de Salud que dirige Jerónima Sayagués la convocatoria inmediata de una mesa sectorial específica para abordar todos los compromisos recogidos en el pacto de salida de la última huelga convocada por la central (ver *DM del 18-III-2011*). Según Padilla, ni el ritmo negociador impuesto por la nueva consejería (mesas sectoriales mensuales, en lugar de convocatorias semanales como hasta ahora), ni los temas tratados en las reuniones que se han venido celebrando "hacen presagiar la adopción de medidas concretas, y el primer nivel no puede esperar". Si la pasada legislatura se cerraba con un tirón de orejas del Simex a la Administración por ignorar los compromisos firmados (ver *DM del 29-VI-2011*), Padilla afirma que las cosas no han mejorado nada con el nuevo equipo: "Desde mayo vivimos en una parálisis preocupante. Temas como la definición de la jornada, la exención de las guardias a los mayores de 55 años o la negociación de un acuerdo de productividad variable están en el aire".

Desde 2003
Las reivindicaciones del nivel se arrastran desde 2003, cuando se firmó un pacto para la mejora de primaria, que se renovó tres años después. Su incumplimiento ha acrecentado ya dos huelgas (en 2007 y 2011) y varias amenazas de movilizaciones. Padilla recuerda que "el primer paso, sin el cual no pueden darse los demás, es definir claramente la jornada".

EJERCICIO LIBRE HAY UN DESFASE DE 37 EUROS ENTRE LO QUE COBRA Y LO QUE DEBERÍA PERCIBIR EL FACULTATIVO

El Colegio de Madrid pide 50 euros la hora para el médico de AP de la privada

→ Las aseguradoras apelan a la crisis para recortar los honorarios de sus médicos. En Madrid la situación es incluso más cruenta y los sueldos de los médicos de Familia son los más

bajos de España. El Colegio de Madrid se ha marcado el objetivo de dignificar las condiciones laborales de este colectivo y ha calculado que lo óptimo sería percibir 50 euros la hora.

■ Alicia Serrano

Pintan bastos para los facultativos que ejercen en la sanidad privada: las aseguradoras se están amparando en la crisis para mermar sus cuadros médicos, negociar a la baja sus contratos y reducir los honorarios entre un 15 y 20 por ciento (ver *DM del 29-XI-2011*). En Madrid la situación es incluso más cruenta, sobre todo en Medicina de Familia. "Como hay superávit de médicos, los honorarios son los más bajos de España. Hemos calculado el acto médico en su justa medida y lo óptimo es que un médico de Familia gane 50 euros por hora trabajada, una cifra muy alejada de la realidad... Ahora, de media, recibe 17 euros brutos la hora y 4 euros netos por paciente", explica José Guisasaola, miembro del Comité de Médicos de Atención Primaria que trabajan en la sanidad privada del Colegio de Madrid. Estos cálculos se han centrado en atención primaria, pero el colegio los quiere hacer extensibles a otras especialidades.

Ante esta falta de sintonía entre la realidad y lo correcto, el colegio está haciendo llegar esta información a las

compañías a través de la comisión que creó en 2009 para mediar y velar por los intereses de los facultativos que ejercen en la privada. "Los honorarios apenas han variado, y si lo han hecho ha sido a la baja. Las compañías nos dicen que son lentejas... Apelan a las dificultades de la crisis, pero cada año tienen más asegurados y facturan más. Hay una guerra de precios sin precedentes entre estas compañías, que está destrozando el mercado. Para ganar cuota bajan sus precios -hay pólizas de 28 euros al mes-, sin tener en cuenta que el perjudicado es el médico", dice Ángel Oso, asesor de la Vocalía de Ejercicio Libre del Colegio de Médicos de Madrid.

Un negocio redondo

Lo cierto es que la venta de seguros de salud sigue siendo un negocio muy rentable. Según datos de la consultora DBK, la facturación total por primas podría situarse en 6.750 millones de euros en 2011, un 5,5 por ciento más que en 2010. Las aseguradoras no sólo están negociando a la baja los contratos, sino que también están reduciendo sus cuadros médicos: "Desde hace un par de años



José Guisasaola.



Ángel Oso.

En estos momentos, un médico de Familia recibe de media 17 euros brutos la hora trabajada, lo que supone 4 euros netos por paciente

estas compañías están cancelando contratos... Sanitas, Adeslas y Mapfre ya han prescindido de 200 facultativos cada una", recalca Oso.

En la mayoría de los casos los facultativos también trabajan sin contrato para estas compañías. "El 80 por ciento de los médicos de atención primaria de Madrid

Para ganar cuota de mercado las aseguradoras bajan sus precios. No tienen en cuenta que el perjudicado es el médico

que estamos con Asisa y Adeslas lo hacemos sin contrato. Los que sí lo tienen es leonino, ya que los deberes del médico ocupan 4 folios y los de la aseguradora sólo medio", añade Guisasaola.

Para dignificar las condiciones laborales de este colectivo, el Colegio de Madrid ha diseñado un nuevo

modelo de contrato que, desde junio del año pasado, está haciendo llegar a las compañías aseguradoras sin demasiado éxito. El nuevo contrato reivindica, entre otros aspectos, "la libre prescripción de pruebas, la libre frecuentación de consultas, mayor confidencialidad de los datos del paciente, una duración de cinco años en la prestación de servicios con actualización anual de honorarios según IPC y la posibilidad de recibir indemnizaciones en caso de rescisión de contrato o supresión arbitraria del cuadro médico de la compañía", explica Guisasaola.

Un futuro incierto

Los vocales del Colegio de Madrid están convencidos de que trabajar en la privada es una carrera de obstáculos que no todos están dispuestos a realizar. "Las nuevas generaciones prefieren centrar su carrera en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Las aseguradoras contemplan su negocio a corto plazo y seguirán obviando a los jóvenes hasta que dejen de tener cubiertas sus necesidades asistenciales. El futuro de la sanidad privada es incierto...", se lamenta Oso.

ASTURIAS EL SINDICATO RECUERDA QUE AÚN NO HAY FECHAS PARA LOS EXÁMENES DE AMBAS

El Simpa augura que las restricciones al empleo público harán que se suspenda la OPE de Familia y Pediatría

■ F. G.

El Sindicato Profesional de Médicos del Principado de Asturias (Simpa, adscrito a CESM) no cree que la OPE sanitaria en curso -la primera que se convoca en la región desde que asumió las transferencias sanitarias- llegue a su fin. En concreto, el sector de Primaria del sindicato cree que las restricciones fijadas desde el Gobierno central a las convocatorias de empleo público para 2012 harán que no se convoquen las 33 plazas de Medicina de Familia y las 3 de Pediatría que incluye esa oferta laboral. Aunque la Administración autonómica se ha comprometido expresamente a culminar la OPE sanita-

El presupuesto regional específica que la oferta laboral no podrá superar la tasa de reposición que fije el Gobierno central para las plazas públicas

ria en el primer trimestre del año que acaba de empezar (ver *DM del 18-X-2011*), el proyecto presupuestario del Principado específica que la oferta laboral no podrá superar los límites que fije el Gobierno central. Dado que Rajoy dejó clara en el discurso de investidura su intención de mantener a cero la tasa de reposición de empleados públicos, el Simpa se teme lo peor, aunque su secretario de Primaria, Carlos Fernández Moro, se agarra como a un clavo ardiendo

a las dos excepciones que fijó el presidente: las fuerzas y cuerpos de seguridad y los servicios públicos básicos. "En este capítulo a los facultativos nos consideran funcionarios, aunque seamos estatutarios, pero también es verdad que la sanidad es un servicio básico. Aun así, estoy convencido de que la OPE no llega a término".

Listas a cero

La primera y, de momento, única OPE sanitaria del Sesa se convocó en 2008 y ha

atravesado por muchas vicisitudes. Después de varios aplazamientos y suspensiones temporales, el Principado se había comprometido a adjudicar antes de que acabara 2010 todas las plazas correspondientes a las 23 especialidades que ya han hecho los exámenes, y a finalizarla antes de marzo de este año con el resto de las especialidades, incluidas las de primaria. Aun así, Fernández Moro recuerda que ni Familia ni Pediatría tienen todavía una fecha fijada para sus exámenes, "y hablamos de categorías que necesitan urgentemente más personal fijo porque las listas de demandantes de empleo en ambas están a cero".

VALENCIA

Profesionales de Manises piden mejoras asistenciales

■ E. Mezquita Valencia

Trabajadores del Hospital de Manises, en Valencia, se han concentrado en el centro para pedir mejoras asistenciales y el abono de la extra de Navidad. CSIF, que preside el comité de empresa, pide, además, el mantenimiento de la plantilla actual. Fuentes del Departamento de Manises alegan que parte de los problemas se deben a que la consejería no ha pagado la última mensualidad de la cápsula por dar atención a pacientes adscritos a Manises y Mislata.

CATALUÑA UN BENEFICIO QUE REQUIERE DE UNA NEGOCIACIÓN COLECTIVA PREVIA

El estatutario, fuera de la póliza de accidentes del funcionario

→ El TSJ de Cataluña niega que el seguro de accidentes de trabajo que tiene la Generalitat para cubrir a los funcionarios proteja al personal es-

tatutario, que no ha negociado ese beneficio. Desestima la reclamación de una trabajadora con una incapacidad total por accidente laboral.

■ S.Valle

El personal estatutario de los servicios de salud no está cubierto por la póliza de accidentes laborales que la Generalitat catalana tiene contratado para indemnizar al personal docente en caso de incapacidad permanente y absoluta derivada de un accidente de trabajo. Así lo ha afirmado una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña que ha desestimado la reclamación de una trabajadora, personal estatutario de los Servicios de Salud, de ser indemnizada por las secuelas derivadas de una exposición a productos insecticidas en su centro de trabajo.

Fallo de instancia

La sentencia del TSJ, que no detalla las funciones que la reclamante ejercía en el centro de salud en el que trabajaba, ha revocado una resolución anterior que le reconoció una indemnización de 24.040 euros. En esa resolución, el juez entendió que la relación del personal estatutario con la administración era una relación funcional especial y tenía como aplicación supletoria las disposiciones y principios generales del régimen funcional, además mantenía que "por parte de los contratantes [Administración y la aseguradora] no existió la intención de dejar fuera del ámbito de protección de la póliza al estatutario".



El desarrollo de la carrera, otra diferencia

El estatutario fijo y el funcionarios pueden desarrollar el mismo trabajo, pero no tienen las mismas condiciones laborales. El TSJ de Cantabria reconoció esa diferencia en una sentencia que rechazó el pago del complemento de carrera a siete funcionarios. El fallo dió la razón a la Consejería de Cantabria, al reconocer que desarrolló la carrera de los dos tipos de médicos en momentos diferentes, sin incurrir por ello en discriminación (ver DM del 9-III-2010).

La abogada de la Generalitat de Cataluña, que recurrió el primer fallo estimatorio, argumenta que el juez ha interpretado mal la Ley 55/2003 que aprobó el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud en su referencia a la necesidad de la negociación colectiva para establecer las normas vigentes para el estatutario. La Administración argumenta en su recurso que el personal estatutario no puede beneficiarse de aquello que han negociado otros colectivos, como pueden ser los funcionarios públicos o el personal docente.

El TSJ de Cataluña admite el argumento de la necesidad de una negociación pre-

via para alcanzar este tipo de beneficios, como es una póliza de accidentes. Pero, además, hace una graduación de las disposiciones legales que regulan la actividad del personal estatutario para aclarar que la normativa general de funcionarios públicos -a la que hace referencia el artículo 2 del Estatuto Marco- se aplica a este colectivo sólo en materias que no estén reguladas por el Estatuto, por las normas autonómicas elaboradas previa negociación colectiva y por determinados pactos y acuerdos.

Para concluir el razonamiento, la sentencia, facilitada por Aranzadi, señala que una póliza de seguro no

es ni una "disposición ni un principio general sobre función pública de la Administración", a los que el mencionado artículo 2 del Estatuto Marco alude como "aplicables al personal estatutario".

Por otro lado, la póliza de seguros de accidente detalla los grupos y colectivos a los que da cobertura y no menciona al personal estatutario del Servicio de Salud. De modo que el tribunal no encuentra justificación para que se haga una interpretación extensiva del contrato. Es más, la sentencia concluye que "la aplicación de la norma contractual no puede extenderse más allá de sus previsiones [...] Si se hubiera querido incluir un colectivo tan numeroso e importante como es el personal estatutario de los servicios de salud, se hubiera consignado expresamente, previa la oportuna negociación, como ha ocurrido con otros colectivos como los docentes".

Incapacidad absoluta

En definitiva, el TSJ de Cataluña revocó la indemnización que un juez de instancia había concedido a la reclamante, personal estatutario de los Servicios de Salud. Desde que sufrió el accidente laboral la mujer sufre unas secuelas por las que se le ha declarado una incapacidad permanente y absoluta para realizar cualquier tipo de trabajo.

QUEJAS BALANCE DEL AÑO 2011

Los ciudadanos reclaman a la defensora del pueblo una sanidad gratuita y universal

■ Redacción

María Luisa Cava de Llano, defensora del Pueblo, ha publicado las recomendaciones, sugerencias y recordatorios de deberes legales que su oficina ha tenido que hacer a las distintas administraciones públicas, destacando que en materia sanitaria el principal motivo de reclamación han sido la universalidad y gratuidad de la sanidad.

Sobre esta cuestión, Cava señala que es algo "por lo que la oficina del Defensor del Pueblo lleva mucho tiempo batallando", y recuerda que sus actuaciones se han plasmado en recomendaciones a los Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad y al de la Presidencia, bajo el fundamento de que "un segmento de la población aún no tiene reconocido el citado derecho".

La ley de Salud Pública

El balance recoge que la publicación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que "extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas", y que solucionará tras su entrada en vigor el 1 de enero de 2012.

Entre los casos más destacados de este año, señala la investigación de oficio sobre la atención médica y farmacéutica a ciudadanos desplazados a otras comunidades autónomas. En su respuesta, explica, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad informó de la creación de un



María Luisa Cava de Llano.

grupo de atención a desplazados en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, que recomendará la elaboración de un documento de consenso que unifique criterios a nivel nacional.

Otras actuaciones destacadas en materia sanitaria tuvieron que ver con la atención al daño cerebral sobrevenido, con la participación social en el Sistema Nacional de Salud y con la confidencialidad de los datos clínicos de pacientes con VIH/sida, entre otros asuntos.

Por otra parte, también se siguieron atendiendo en 2011 quejas en relación a la accesibilidad de personas con discapacidad y se inició una investigación de oficio a raíz de las carencias detectadas en el sistema de protección de la infancia.

En general, la oficina ha registrado un incremento de sus recomendaciones, sugerencias y recordatorios de deberes legales a las distintas administraciones públicas, hasta alcanzar las 534 resoluciones, 86 más que en 2010.

ACUERDO ADICIONALMENTE AL ACUERDO SE HA CONSTITUIDO UN COMITÉ DE APOYO CLÍNICO

La investigación de los hospitales Nisa crea una nueva línea de actuación bajo los protocolos de la ética clínica

■ Europa Press

Madrid

Con el objetivo de crear una línea de investigación propia en la comunidad valenciana, la dirección de la Fundación Hospitales Nisa ha iniciado un proceso de formalización de las pautas de actuación para el nuevo año.

Para ello la fundación ha llegado a un acuerdo con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de Valencia por el que

se aprueba que la investigación de estos centros se llevará a cabo bajo los protocolos del Comité Ético Autonómico de Estudios Clínicos de Medicamentos y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana, que será el que los validará.

Además se ha creado un Comité de Apoyo Nisa de Investigación Clínica que tendrá como objetivo poner a disposición del comité ético los proyectos de investigación que surjan en la co-

munidad.

El patrono de la Fundación Hospitales Nisa, Esteban Morcillo, comenta que "los investigadores tienen una responsabilidad, un compromiso y unas obligaciones éticas". Y señala que "la labor del investigador conllevan mucha responsabilidad porque son conscientes de lo que hacen debe servir para contribuir al progreso de la ciencia y de la sociedad".

Según el patrono de la

fundación, esta labor es más que un trabajo y uno no investiga por horas, sino que toda su vida está, en parte, condicionada por ese compromiso con sus proyectos investigadores. La ética en la aplicación de la metodología y en el reconocimiento a sus predecesores son cuestiones que Morcillo apunta como fundamentales, y afirma que "si no se mantienen los principios de la investigación no se puede obtener un buen resultado".

BOLETINES OFICIALES

BOC

PERSONAL ESTATUARIO TEMPORAL

Ha entrado en vigor, coincidiendo con su publicación en el Boletín Oficial de Cantabria (BOC), el acuerdo por el que se regula la selección de personal estatutario temporal de instituciones sanitarias de esta comunidad autónoma.

El acuerdo, que fue aprobado por el Consejo de Gobierno el día 22 de diciembre, será de aplicación a los nombramientos de personal estatutario temporal que resulte necesario formalizar en las distintas categorías de personal estatutario, y tendrá una vigencia de cuatro años desde su entrada en vigor, prorrogándose automáticamente por periodos anuales, de no mediar denuncia expresa por alguna de las partes.

(Resolución publicada en el BOC del 29-XII-2011)

→ COTIZACIONES

Ayuda para la actividad por cuenta propia

Soy una médico que está pensando en abrir una clínica privada y trabajar en ella como autónoma. Tengo entendido que para las mujeres de una edad determinada se puede reducir la base mínima de cotización. Querría saber si esto es cierto y la edad que debo tener para poder beneficiarme de dicha reducción

■ C.F.C. (Granada)

El Real Decreto Ley 2/2003 de 25 de abril, de medidas de reforma económica recoge una nueva disposición adicional en el Régimen de Trabajadores Autónomos donde se indica que para los solicitantes menores de 30 años o las mujeres mayores de 45 años la base de cotización será la elegida por ellos entre el 75 por ciento de la base mínima de cotización y hasta la cuantía de la base máxima durante los tres años inmediatamente siguientes a la fecha de alta.

Esta medida puede ser una pequeña ayuda para la persona que inicia una actividad por cuenta propia, pero debe de tenerse en cuenta que no es una bonificación y que por lo tanto sus prestaciones económicas también quedarán reducidas en la misma proporción.

→ PRESCRIPCIÓN

Subasta de fármacos en Andalucía

Soy médico adjunto en un hospital de Andalucía. Me consta que ha existido una reforma de la legislación andaluza con respecto a la selección de los medicamentos por principio activo. Desearía saber basándose en qué criterio económico se decide por la administración de uno u otro fármaco. Además, desearía saber si existe alguna medida que garantice el suministro de medicamentos.

■ D.A. (Sevilla)

La Junta de Andalucía ha promulgado el Decreto-Ley 3/2011, de 13 de diciembre

LA CONSULTA

EL ARCHIVO CON LAS CONSULTAS PUBLICADAS ESTÁ DISPONIBLE EN LA DIRECCIÓN DE INTERNET:
<http://www.diarimedico.com/asesor/consulta.html>

Las respuestas aparecidas en esta sección reflejan la opinión de los firmantes, pero al no poder abordar todos los aspectos de cada caso no sustituyen a la consulta personalizada con el letrado que las firma o con cualquier otro.

Con la colaboración de:



que añade un artículo 60 bis a la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía.

En este nuevo artículo se señala que la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud realizará convocatorias públicas para seleccionar entre los medicamentos comercializados con precio igual o inferior al precio menor correspondiente aquél que habrá de ser dispensado por la oficina de farmacia de los distintos centros, siempre que la prescripción del medicamento se haya realizado por principio activo.

Para determinar el menor coste final de prescripción se habrán de tener en cuenta los precios mínimos autorizados de comercialización y la cuantía de mejora económica ofrecida al Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Por otro lado, para garantizar un suministro adecuado de medicamentos, junto con la presentación de los precios y mejoras en el momento en que concurren a la convocatoria pública, las empresas farmacéuticas habrán de acreditar un nivel de producción suficiente que en ningún caso podrá ser inferior al propuesto por el servicio.

Finalmente, el mismo decreto-ley ha introducido un artículo que, en líneas generales, establece los mecanismos de elección de los productos sanitarios y la garantía de su abastecimiento.

→ COMITÉS DE ÉTICA

Participación y pertenencia a un CAE

Soy residente de tercer año en un hospital de Logroño y quisiera saber si en mi comunidad existe algún Comité de Ética Asistencial, en qué hospitales opera y cómo lo hace, ¿Podría formar parte de alguno? ¿Quiénes lo integran?

■ J.C.V. (Logroño)

En 1995 la Dirección General del Insalud emitió la Circular 3/95, del 30 de marzo, con instrucciones para la formación de Comités Asistenciales de Ética (CAE).

En el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño, el Grupo de Trabajo en Bioética, un colectivo de médicos y profesionales de enfermería involucrado desde 1994 en un proceso de formación en ética asistencial, ha ido estudiando ampliamente los temas más importantes de la ética clínica, la metodología de análisis de casos clínicos con problemas éticos y la bibliografía relacionada con ellos. Dicho grupo se constituyó en Grupo Promotor del CAE del Complejo Hospitalario. El comité está compuesto por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y un jurista. Disponen de un Reglamento de Régimen Interno, que en su artículo 6 indica que la integración de cualquier persona se realizará a petición de la interesada/o y cuando se convoquen plazas vacantes.

Las solicitudes serán debatidas por los miembros del comité, elevándose la propuesta a la Dirección del hospital para su traslado a la Dirección General de Atención Primaria y Especializada del Insalud para su nombramiento definitivo.

Además, todos los miembros del Comité lo serán por decisión voluntaria. La pertenencia al CAE será a título personal y no remunerada.

→ INFECCIOSAS

Normativa para importar animales

Acabo de adquirir una plaza en el servicio de Infecciosas de un hospital de Cataluña y me gustaría saber cómo se regula y se lleva a cabo la importación de animales para evitar posibles contagios.

■ M.B. (Gerona)

En el caso que usted nos plantea debemos atender a la Ley 8/2003, de 24 de abril, de sanidad animal. El artículo 12 recoge que la importación de animales u otros elementos que puedan representar un riesgo sanitario grave se realizará únicamente a través de los puestos de inspección fronterizos o de los centros de inspección auto-

rizados y, en el supuesto de los productos para la alimentación animal, a través de los puntos de entrada autorizados por la Administración General del Estado.

Los puestos de inspección fronteriza, estarán dotados de locales, medios y personal necesarios para la realización de las inspecciones pertinentes y del espacio suficiente y medios para el cumplimiento de las normas de bienestar de los animales.

→ LISTAS DE ESPERA

Plazos de respuesta quirúrgica en el SAS

Soy especialista en Cirugía Ortopédica en un centro hospitalario del Servicio Andaluz de Salud, más concretamente en la provincia de Cádiz. Sé que existe una orden que ha modificado los plazos de respuesta quirúrgica para algunos procedimientos. A mi consulta acuden numerosas personas preguntando acerca de esos plazos y cuándo van a ser intervenidos porque no se acuerdan de la fecha en la que están inscritos en el registro de lista de espera quirúrgica. ¿Cuáles son esos nuevos plazos? ¿Cómo pueden mis pacientes conocer esta fecha y qué requisitos necesitan?

■ J.C.R. (Cádiz)

El Decreto 209/2001, del 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica reconoce el derecho del usuario a ser atendido en un máximo de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas. Sin embargo, este plazo se ha visto reducido y se ha establecido uno de 120 días para los 11 procesos asistenciales más comunes, que incluyen 71 técnicas, en virtud de la Orden de 20 de diciembre de 2006 que modifica los plazos de respuesta quirúrgica de algunos procedimientos incluidos en el Anexo 1 del Decreto 209/2001. En caso de que este tiempo de espera se supere, su paciente puede ser operado en un centro privado sin que ello le suponga coste alguno.

Para conocer la fecha desde que un paciente está inscrito en la lista de espera quirúrgica puede hacer una simple llamada a Salud Responde, al número 902 505 060, o consultar en la Oficina Virtual del SAS, para lo que es necesario una autenticación con certificado digital.

LA CONSULTA DIARIO MEDICO

Recorte este cupón y envíe su duda jurídica o legal, escrita con claridad y preferentemente en mayúsculas, a: Avenida de San Luis, 25. 28033 - MADRID
Si lo prefiere puede remitirla al fax: 91 443 63 40 o a través de DM Internet: laconsulta@unidadeditorial.es

PREGUNTA

DATOS DEL LECTOR

Nombre y apellidos

Centro de Trabajo

Domicilio

Ciudad

C.P.

Teléfono

Nombre o iniciales con los que quiere aparecer

☐ Sólo se responderá a los cupones debidamente cumplimentados. DM garantiza la confidencialidad de los comunicantes. ☐ No se admiten consultas sobre la responsabilidad civil o penal de médicos, pacientes o corporaciones.

NEUROLOGÍA SE ESTUDIA SU COMBINACIÓN CON OTROS BIOMARCADORES MOLECULARES

APOE épsilon 4 puede ser un nuevo factor genético en EA

→ La combinación de diversos marcadores moleculares y la APOE épsilon 4 podrían conformar un nuevo conjunto de riesgo genético de desa-

rollo de deterioro cognitivo leve tipo amnésico, así como de enfermedad de Alzheimer (EA), según los datos de recientes investigaciones.

■ Marcelo Curto

Bilbao

Un equipo de la Universidad del País Vasco está desarrollando nuevas investigaciones para detectar precozmente marcadores moleculares que, en combinación con APOE épsilon 4, podrían estar asociados a la aparición de la enfermedad de Alzheimer (EA). En este sentido, en 2009 se publicó en *Neuroscience* un trabajo sobre dicho aspecto, que tendrá nuevas secuelas, según ha podido saber DM, a lo largo de 2012 con la publicación de dos nuevos artículos en *Current Alzheimer Research* y *Dementia and Cognitive Disorder Extra*.

Los trabajos han sido realizados por el equipo de Xabier Elcoroaristizabal Martín, investigador del Grupo Consolidado Biomics, del Departamento de Zoología y Biología Celular Animal de la Facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco. Sus investigaciones dan nuevas claves sobre marcadores moleculares en deterioro cognitivo leve tipo amnésico y enfermedad de Alzheimer.

Fases de transición

Según el investigador, "la enfermedad de Alzheimer, a pesar de no tener una cura, sigue siendo afrontada desde todos los aspectos posibles. Uno de los más provechosos, el de incidir en las primeras fases o de transición, es clave para la implantación de tratamientos preventivos eficaces".

Los análisis han confirmado que la variación genética APOE épsilon 4 es, de hecho, el principal factor de riesgo para desarrollar Alzheimer. "La apolipoproteína E (APOE) es un gen que a menudo aparece con una variación, el alelo 4,



Xabier Elcoroaristizabal, Marian Martínez de Pancorbo y Sergio Cardoso, investigadores del Grupo Biomics y autores del trabajo.

Se estima que al menos un 40 por ciento de los afectados de Alzheimer en su forma esporádica son portadores de esta variante genética del alelo

creto, "los genes que de alguna manera están relacionados con los canales de neurotransmisión, el estrés oxidativo o la eficacia de los estrógenos, parecen estar relacionados con un mayor riesgo de los APOE épsilon 4 transmisores".

El investigador puntualiza que estos genes candidatos deben ser considerados como factores genéticos de susceptibilidad, es decir, genes o variaciones genéticas que no explican por sí solos el origen de una patología. No obstante, "pueden dar información sobre el riesgo que tienen las personas que padecen un deterioro cognitivo leve de tipo amnésico para desarrollar Alzheimer, aunque a día de hoy queda un largo recorrido hasta que estos datos se puedan trasladar a la clínica diaria".

Para estas investigaciones se llevaron a cabo dos tipos de estudios. El primero consistió en un estudio de aso-

El alelo APOE épsilon 4 está fuertemente asociado a deterioro leve y EA, hecho que puede enmascarar los efectos de otros genes implicados

ciación del tipo casos-contrroles, formado por muestras de personas con deterioro cognitivo de tipo amnésico, enfermos de Alzheimer y controles sanos. Un segundo estudio longitudinal contó con enfermos de deterioro cognitivo leve tipo amnésico (DCLa) y controles sanos a los que se les siguió su evolución durante aproximadamente 40 meses.

Enmascarar el efecto

En conjunto, estos trabajos confirman que "el alelo APOE épsilon 4 se encuentra fuertemente asociado con el deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer, hecho que también puede enmascarar los efectos de otros genes, ya que la consideración de este alelo ha permitido poner de manifiesto asociaciones con genes candidatos como COMT (neurotransmisión), SOD2 (eliminación de estrés oxidativo) y ESR1 y ESR2 (facilitadores de la acción estrogénica).

INFECCIOSAS RÁPIDO ACLARAMIENTO

La terapia combinada frente a tuberculosis produce multirresistencias

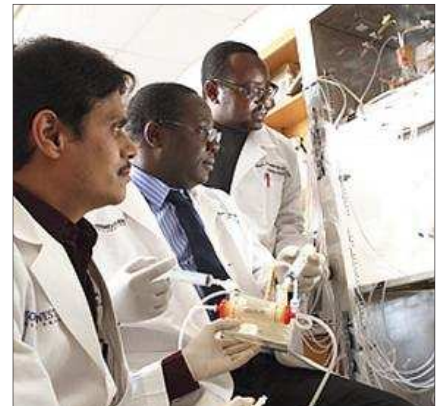
■ Redacción

El grupo de Tawanda Gumbo, del Centro Médico de la Universidad Southwestern, en Texas, ha encontrado que la tuberculosis multirresistente a fármacos se produce por un metabolismo del fármaco rápido, según un estudio que se publica en el último número de *The Journal of Infectious Diseases*.

Los resultados del trabajo pueden suponer un desafío a las medidas aprobadas por la Organización Mundial de la Salud. Con un modelo específico, el citado grupo ha observado la estrategia de terapia a corto plazo. Se ha visto que la tuberculosis respondió a la medicación si se trataba con una combinación de fármacos bajo la supervisión de trabajadores sanitarios.

Para el estudio se diseñó un sistema de alta tecnología con tubos de laboratorio, denominados *ratones de cristal*, que semejan la terapia estándar que se administra diariamente durante 28 ó 56 días, con una adherencia variable, aunque la no adherencia (problemas en tomar la dosis de medicación necesaria) alcanzó a lo largo de todo el tratamiento cerca del 60 por ciento.

En los análisis basados en más de 10.000 pacientes con tuberculosis de Ciudad del Cabo, en Sudáfrica, se vio que aproximadamente el 1 por ciento de los pacientes con una adherencia perfecta desarrollaron resistencia a fármacos porque aclaraban sus fármacos con mayor rapidez, lo que sugiere que se deben replantear los tratamientos.



Shashikant Srivastava, Tawanda Gumbo y Jotan Pasipandya.

NEUROLOGÍA PAPEL DE LOS ICTUS SILENTES

Nuevas claves sobre el deterioro de la memoria

■ Redacción

Tanto el volumen del hipocampo como los ictus silentes contribuyen de forma independiente al funcionamiento de la memoria en ancianos sin demencia. Esta es la conclusión de un estudio que se publicará mañana en la revista *Neurology*.

Dado que las patologías neurodegenerativas asociadas a la edad se caracterizan sobre todo por el deterioro de la memoria, los autores del trabajo, dirigi-

dos por Adam Brickman, de la Universidad de Columbia (Estados Unidos), creen que sus hallazgos tendrán "implicaciones clínicas para la prevención e identificación de los factores patogénicos asociados a la sintomatología de esas dolencias".

La investigación se realizó en 658 individuos. Las puntuaciones en los test de memoria fueron peores en los que habían padecido ictus silentes o tenían un hipocampo reducido.

FRENTE COMÚN PARA COMBATIR LA PATOLOGÍA

La investigación en la Universidad del País Vasco se llevó a cabo, además de en el propio departamento en el que trabaja Xabier Elcoroaristizabal, en el Banco de ADN de la UPV/EHU y en los servicios de Neurología de los hospitales de Cruces, en Vizcaya, y Txagorritxu, en Vitoria. Asimismo, colaboraron con la Universidad de Salamanca (Banco Nacional de ADN) y el Centro de

Investigación del Cáncer), el centro integral de atención a mayores San Prudencio, de Vitoria, y el centro sociosanitario Irguru Orue, con la colaboración del presidente de la Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología. También contó con la ayuda de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer de Vizcaya y Álava.

NEUROLOGÍA SEGÚN UN ESTUDIO EN CASI MIL PACIENTES EN DOS COMARCAS DE BARCELONA

El 8,6% de la población tiene aterosclerosis intracraneal

→ El estudio poblacional *AsIA* ha sido realizado en las comarcas de Barcelonés Norte y Maresme en 933 personas de más de 50 años con algún

factor de riesgo cardiovascular pero sin antecedentes de ictus. Sus datos muestran que el 8,6 por ciento tiene aterosclerosis intracraneal.

■ **Javier Granda Revilla** Barcelona La mayor parte de los trabajos en ictus se centran en patología extracraneal (carotídea y vertebral). Sin embargo, los estudios en patología intracraneal son muy escasos, especialmente en población caucásica, ya que, por razones aún desconocidas, es mucho más frecuente en asiáticos.

"Aproximadamente un 8-10 por ciento de los ictus isquémicos en nuestro entorno tienen como origen la aterosclerosis intracraneal, pero no existía ningún estudio poblacional que determinara la prevalencia en asintomáticos. Si existen en Europa en carotídeo, porque es más frecuente y fácil de estudiar, gracias a la ecografía Doppler", ha explicado Elena López-Cancio, investigadora de la Unidad de Patología Cerebrovascular en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, de Badalona.

Juan Arenillas, que en la actualidad ocupa el cargo de director de la Unidad de Ictus del Hospital Clínico de Valladolid, diseñó el estudio *AsIA* en 2007. Su nombre es un acrónimo en inglés de *Atherosclerosis Intracraneal Asintomática* y se ha apoyado, a su vez, en un estudio previo sobre la prevalencia de la alteración del índice tobillo-brazo realizado por los servicios de atención primaria de las comarcas de Barcelonés Norte y Maresme.

"Este estudio longitudinal en atención primaria, denominado *Perart* (iniciales de *Arteriopatía Periférica* en inglés), sigue en marcha y ya se ha publicado la primera fase transversal. Posteriormente se evaluará el pronóstico de estos pacientes con el índice tobillo-brazo alterado en el inicio", ha precisado.

Los investigadores utilizaron la base de datos de la población que recibe atención sanitaria para seleccionar una muestra inicial aleatoria de 3.000 personas mayores de 50 años, de manera que a todos ellos se les midió el índice-tobillo-brazo y, con la escala *Regicor*, se calculó asimismo el riesgo cardiovascular.



Elena López-Cancio, del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona.

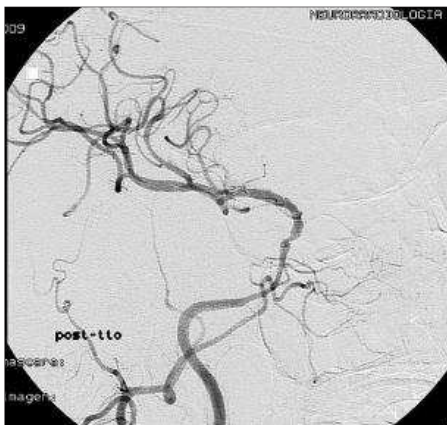


Imagen neurorradiológica de aterosclerosis intracraneal.

El estudio se ha apoyado en otro previo sobre la prevalencia de la alteración del índice tobillo-brazo realizado por los servicios de atención primaria

"A partir de esta población Arenillas diseñó nuestro estudio: seleccionamos a aquellos sujetos con un riesgo cardiovascular moderado/alto y a aquellos que no hubieran tenido un antecedente de ictus y cardiopatía isquémica, con un total de 1.500 sujetos", ha detallado López-Cancio.

La fase de reclutamiento comenzó en 2008 y finalizó en junio de 2009, participando finalmente 933 personas. En la visita basal se realizó una entrevista dirigida por neurólogos sobre datos sociodemográficos, factores de riesgo y otros antecedentes de interés. Además, se les midió la tensión arterial,

peso, altura y perímetro abdominal y se realizó una extracción de muestras, con plasma y suero congelados procesados y congelados en un biobanco, para futuros análisis de marcadores moleculares y genéticos. La determinación de la aterosclerosis intracraneal se basó en un estudio neurosonológico, que incluyó también patología extracraneal. Por otro lado, 800 pacientes participaron en un subestudio en el que se les hizo una valoración neuropsicológica.

"A aquellos pacientes en los que encontramos en el estudio neurosonológico la presencia de una o más estenosis intracraneales se les

programó una resonancia magnética de control, para evaluar la aterosclerosis intracraneal con otro método diagnóstico, junto con un seguimiento".

Prevalencia

En total, la prevalencia de una o más estenosis intracraneales es del 8,6 por ciento. Los factores de riesgo que se asocian de forma independiente a la presencia de aterosclerosis intracraneal fueron, fundamentalmente, la diabetes seguida de la edad y la hipertensión arterial. Los datos fueron presentados este año en la Conferencia Internacional de Ictus en Los Ángeles y en el Congreso Internacional sobre Aterosclerosis Intracraneal (ICAS), celebrado en Valladolid en octubre. *Atherosclerosis* publicará próximamente el artículo con estos datos.

"De estos 80 pacientes con estenosis intracraneales, 33 tenían al menos una de grado moderado/grave. El factor de riesgo asociado en ellos es diabetes. Al ser el primer estudio a nivel poblacional en población asintomática, hemos confirmado que tanto la diabetes como el síndrome metabólico también es un factor de riesgo que favorece que la aterosclerosis se localice en las arterias intracraneales. En el caso de la extracraneal, la diabetes también juega un papel, pero otros factores como el tabaquismo o el sexo masculino son más importantes".

INFECCIOSAS IMPLICACIONES PREVENTIVAS

La microbiota de la piel varía la capacidad de atraer al mosquito de la malaria

Redacción

Un estudio que se publica en la edición electrónica de *PLoS ONE* ha demostrado que la composición y abundancia de la microbiota bacteriana de la piel humana influye en el grado de atracción de una persona para el mosquito de la malaria *Anopheles gambiae*. El trabajo, coordinado por Niels Verhulst, de la Universidad de Wageningen, en Holanda, puede tener implicaciones en la transmisión y prevención de la malaria.

Según han hallado los científicos, los individuos con una gran diversidad de microbios son menos atractivos para estos insectos y han identificado varios géneros de bacterias que se correlacionan con individuos altamente atractivos o muy poco atractivos. La identificación de estas bacterias probablemente conduzca al desarrollo de nuevos repelentes de mosquito.

El equipo de Verhulst sólo halló una pequeña parte de la bacteria en la

piel humana válida para cultivo. La correlación entre las *Pseudomonas spp.* y los individuos poco atractivos de los mosquitos está en concordancia con experimentos *in vitro* que muestran que la mezcla de compuestos producida por *P. aeruginosa* es un gancho para el *A. gambiae*.

"Nuestros resultados sugieren que las bacterias *Pseudomonas spp.*, y posi-



Imagen del mosquito *Anopheles*.

blemente las *Variovorax spp.*, convierten algunos de los compuestos *seductores* producidos por otras bacterias y señalan a otras bacterias de forma que les impiden emitir estos compuestos atractivos o producen compuestos que repelen al mosquito.

■ (*PLoS ONE*; 2011; DOI: 10.1371/journal.pone.0028991).

ENDOCRINO PEOR CONTROL DE LA SANGRE

La falta de sueño afecta a la salud del diabético joven

Redacción

Un estudio que se publica en el último número de *Sleep* sugiere que los jóvenes diabéticos podrían tener problemas para dormir correctamente y como consecuencia controlarían peor su glucosa en sangre, empeoraría su rendimiento escolar y su comportamiento.

"Aunque los pacientes sigan las pautas para mantener una buena salud, son muchos los jóvenes con diabetes tipo 1 que tienen dificultades para mantener el control de su azúcar", explica Michelle Perfect, coordinadora del estudio. "Hemos hallado que la causa podría estar vinculada a los problemas derivados del sueño, como somnolencia diurna, sueño ligero o apnea. Y que todo ello haría más complicado el control del azúcar en

sangre".

La investigación ha realizado un seguimiento en 50 diabéticos tipo 1 de 10 a 16 años. Perfect y su equipo compararon los datos obtenidos con un grupo de control similar y descubrieron que los diabéticos pasan más tiempo en un estado del sueño que los jóvenes sin diabetes, lo que fue relacionado con los altos niveles de glucosa y el bajo rendimiento escolar. "Hasta ahora, los problemas del sueño estaban asociados con bajos estadios del sueño, así como los problemas derivados de ello", ha matizado Perfect. "De nuestra parte está que el sueño es una conducta modificable, de manera que los chicos podrían variar su hábito con ayuda de personal cualificado para conseguir un sueño de calidad".

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

INVESTIGACIÓN La nueva generación de cerebros posdoctorales en el extranjero llega pisando fuerte. Desarrollan líneas de trabajo tan prometedoras como la anulación de los recuerdos traumáticos gracias al conocimiento de los mecanismos moleculares de la memoria, la lucha

contra el cáncer utilizando células madre tumorales como dianas terapéuticas o los hallazgos sobre los órganos linfoides y el tráfico celular que ayudarán a modular la respuesta inmune. Tienen intención de volver, pero no de cualquier manera; sus proyectos son lo primordial.

Jóvenes talentos buscan laboratorio propio

■ María Sánchez-Monge

Rondan la treintena, un buen día partieron en busca de nuevas experiencias y poseen un nutrido currículo. Desconocen cuándo volverán y saben que el trabajo de laboratorio no les hará ricos, pero aspiran a convertirse en científicos de provecho con su propio grupo de investigación. Son los jóvenes investigadores en el extranjero que regresan a casa por Navidad y, de paso, participan en la jornada que cada año les dedica el Centro Nacional de Biotecnología, del CSIC y la Universidad Autónoma de Madrid.

El evento surgió hace 19 años con la intención de fomentar el retorno de cerebros. En las actuales circunstancias, los organizadores reconocen que la investigación patria no está para grandes ofertas. Por eso, se conforman con ayudarles a mantener vivo el vínculo con su tierra natal.

Algunos ya han recorrido varios países, como Eva Galán, que recaló en Francia después de una breve estancia en Estados Unidos, siguiendo a la investigadora que lidera su grupo. Desde 2009 trabaja en el Instituto Cochin de París, dependiente del Instituto Nacional de la Salud y la Investigación (Inserm, según sus siglas francesas), donde realiza su posdoctorado sobre microambiente tumoral. "Trabajo en glioblastoma. En estos y otros tumores se ha descrito una población de células madre tumorales que vienen a representar el 2 por ciento del total y tienen capacidad de autorrenovación y multipotencia. Se supone que son las responsables de la iniciación del tumor, la agresividad, la recurrencia y la resistencia a los tratamientos", relata.

Dianas terapéuticas

Los estudios realizados *in vivo* han demostrado que la eliminación de los vasos sanguíneos con terapias antiangiogénicas también acaba con las células madre del glioblastoma. "Mi proyecto se basa en usar esas células madre como dianas terapéuticas", señala Galán, y añade que para ello es preciso



Carmen Inda.



"La memoria de miedo se extingue con periodos largos de activación. Es una posible terapia del estrés postraumático"

"identificar en el endotelio los factores que controlan su crecimiento y el mantenimiento de su identidad".

En concreto, hay una vía de señalización que se llama AKT/mTOR que se sabe que está implicada en la supervivencia tumoral. Galán señala que "se encuentra básicamente activa en las células madre tumorales" y ha comprobado que "controla que esas células tengan todo su potencial tumoral".

En sus experimentos ha constatado que las responsa-

bles de que esa vía de señalización se mantenga activa podrían ser las secreciones que provienen del endotelio, es decir, de los vasos sanguíneos. "Interferir y bloquear las señales endoteliales que mantienen la población de células madre tumorales en el glioblastoma podría representar una nueva oportunidad para el diseño de nuevos tratamientos que tengan como diana los nichos de las células madre tumorales en el glioblastoma", concluye la joven investigadora. Su con-

trato en Francia expira en 2013. Ya piensa en la vuelta.

Tráfico celular

Otros científicos tienen menos prisa por retornar. Al otro lado del Atlántico, en la Universidad de Yale, investiga desde el verano de 2010 Noelia Alonso. "Mi gran ambición sería, en un futuro, formar mi propio grupo de investigación, pero para eso queda mucho", confiesa. De momento, se conforma con terminar el proyecto que le llevó a Estados Unidos.

"En mi laboratorio están principalmente interesados en la formación de órganos linfoides y en la migración dentro del sistema inmune, que es crucial para el mantenimiento de la respuesta inmune y la lucha frente a enfermedades autoinmunes e inflamatorias crónicas", explica Alonso.

Su trabajo se centra específicamente en "los mecanismos moleculares que determinan que las células inmunes vayan desde las zonas del cuerpo donde hay infla-

mación hasta los ganglios linfáticos, donde generan la respuesta inmune, y cómo retornan y luchan contra la inflamación".

Quien sí desea instalarse ya en España es Carmen Inda. Lleva tres años investigando en Estados Unidos, primero en el Hospital del Mount Sinai y actualmente en la Universidad de Cornell. Su campo de estudio es la denominada memoria de reconsolidación, que es, según sus palabras, "la parte de la memoria que se activa una vez que ya hemos aprendido".

En experimentos con animales ha demostrado que "la reactivación fortalece la memoria y previene el olvido". A las dos semanas se vuelve más estable pero, cuando ya tiene un mes de duración, se extingue. "Esa extinción tiene un carácter inhibitor, es un aprendizaje de miedo", expone.

Estos hallazgos podrían ser de gran utilidad para el tratamiento del estrés postraumático. En esos pacientes, "con periodos largos de activación podríamos conseguir que esa memoria de miedo se extinga", precisa. "También se trata de establecer cuál es el mejor momento para actuar".



Eva Galán.



"Bloquear las señales endoteliales que mantienen las células madre tumorales podría ser una oportunidad terapéutica"



Noelia Alonso.



"El tráfico celular hacia los ganglios linfáticos es crucial para el mantenimiento de la respuesta inmune"

REGRESAR EN TIEMPOS DE CRISIS

¿Volver o quedarse? Lo importante para los jóvenes investigadores emigrados es hacerlo en las mejores condiciones. "Lo que empieza como una experiencia puede convertirse en un modo de vida", según Carmen Inda. "En Estados Unidos no tengo el trabajo garantizado, pero al menos hay más posibilidades de continuidad", añade. No obstante, no todo son ventajas: allí "los investigadores son ciudadanos de segunda" al tener un visado restringido. Para Noelia Alonso, trabajar en una gran institución estadounidense se nota sobre todo en la amplia disponibilidad de recursos y en cómo fluye el dinero. "Tienen cualquier técnica que se te pueda ocurrir", subraya. Lo mismo piensa Eva Galán, quien se queja de que en España "las convocatorias se van retrasando: cada vez hay menos financiación y los sueldos no tienen ni punto de comparación con los del resto de Europa".



JOSE LUIS PINO

CUIDADOS INTENSIVOS JOSÉ CUÑAT DEFIENDE EL NIVEL DE ESPAÑA EN ESTE CAMPO

"Nuestros dioses en Semicyc son la calidad y la seguridad"

→ Las infecciones cero en un hospital seguirán siendo territorio de ciencia ficción. Pero el hecho de aceptarlo no impide tratar de minimizar-

las lo máximo posible. En España estamos en esa senda, según reconocen José Cuñat y Lluís Blanch, de la Semicyc.

■ David Rodríguez Carenas

Muchas veces se ha comparado el peligro de morir en el hospital por una infección nosocomial con el de los accidentes en carretera. Desde la publicación de *To err is human* coincidiendo con el cambio de siglo, la conciencia sobre los riesgos en las unidades de cuidados intensivos ha aumentado progresivamente. Hoy las cosas están bastante mejor si nos atenemos a las 66 muertes evitadas con el trabajo español *Bacteriemia Zero* (ver DM del 28-X-2011).

"En España la Medicina Intensiva ha evolucionado. No tratamos enfermos terminales sino críticos con posibilidades de vivir. Lo hacemos bien, pero sólo se habla de cuando los pacientes retornan a la sociedad con problemas y no de los que, tras cuatro meses en la UCI, vuelven sanos a sus puestos de trabajo. Nuestros dos dioses son la calidad y la seguridad", explica a DIARIO MÉDICO José Cuñat, presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y



José Cuñat, presidente de la Semicyc.

Unidades Coronarias (Semicyc), como balance de la situación en nuestro país. "Las cosas se han hecho bien y hay que seguir así. Por eso el modelo se exporta, por ejemplo, a los países latinoamericanos".

Uno de los datos que según Cuñat ilustra la buena salud de las UCI españolas es su presencia internacional: "En el congreso europeo siempre somos los primeros

o los segundos con más presentaciones, y en el americano siempre hay ponentes españoles". Además, el *SCImago Journal & Country Rank* -de 2007- sitúa a España en el quinto puesto por publicaciones de Medicina Intensiva.

Los reconocimientos siguen con el tema de los indicadores, donde el trabajo español ha sido reconocido en todo el mundo, según Lluís

Blanch, vicepresidente de la Semicyc. "Nuestros anteriores indicadores -más de cien- eran de 2007, y ahora hemos ajustado -no cambiado- quince o dieciséis a causa de nuevas evidencias científicas obtenidas gracias al *benchmarking* o para buscar eficiencia". Entre las modificaciones están las tasas de infección y los indicadores de calidad. La comparación siempre será una de las mejores formas de evolucionar, y para ello hay que adaptar los indicadores constantemente. Blanch reconoce que es difícil comparar; "por eso estamos intentando homologar".

Mejoras con un límite

Presentados los datos de *Bacteriemia Zero* queda patente la mejoría, pero "no nos podemos detener aquí", señala el vicepresidente de la Semicyc. Por eso propone seguir algunas de las medidas sencillas que defiende el iniciador del *Bacteriemia Zero* original, en Estados Unidos, Peter Pronovost, como el lavado de manos. Eso sí, "la bacteriemia cero como tal, igual que la infección cero, es una utopía, y la gente lo tiene que saber".

Por eso el futuro pasa por "implantar medidas de mejora y formar sobre ellas. Además, habrá que ver si el descenso en los incidentes se mantiene o hay que hacer reciclaje. La seguridad global tiene que ser precisamente eso, global, es decir, también para celadores, enfermeras...", apunta Cuñat.

INVESTIGACIÓN Y EFICIENCIA

Entre los retos del futuro, en la Semicyc se plantean mantener o aumentar los estándares en materia de I+D. "La investigación española es puntera, a pesar de contar con un porcentaje del PIB dedicado a la Sanidad más bajo que en otros lugares", defiende José Cuñat, presidente de la sociedad.

"Nos movemos en un entorno muy tecnológico, dependiente de los sistemas

de información. Hay que aprovechar las oportunidades de trabajar para entrar en temas de transferencia tecnológica y buscar junto a la industria los problemas de los profesionales", añade Cuñat. También se han adaptado a los tiempos: "Hace años se oficializó que los intensivos eran muy caros. Nos hemos preocupado por costes y por la gestión clínica", concluye Lluís Blanch, vicepresidente de la Semicyc.

C. VALENCIANA ENCUESTA DE SVMFYC

Los médicos de Familia piden mejoras en el sistema informático 'Abucasis-SIA'

■ E. Mezquita

Valencia

La Junta Directiva de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (Svmfyc) ha denunciado que la historia clínica electrónica de la región, conocida como *Abucasis-SIA*, "sigue sin dar respuesta a las necesidades de los médicos de Familia".

El malestar de los profesionales del primer nivel por el funcionamiento de la herramienta podría resumirse con la frase "dificulta y ralentiza nuestra labor y actividad profesional".

Para comprobar esta percepción, el Observatorio de Svmfyc ha realizado una encuesta entre profesionales valencianos de primaria, en la cual han participado 224 médicos de todos los departamentos de Salud.

Entre los resultados destaca que un 63,3 por ciento de los médicos de Familia valencianos consideran que su actividad profesional mejoraría si el sistema funcionara más rápido y sin incidencias. Este motivo supera a otros que, en teoría, podrían tener más peso o impacto, como la formación continuada en horario laboral.

Generadores de estrés

Respecto a los aspectos que más estrés provocan en el profesional en su labor diaria, el 39,7 por ciento de los encuestados ha señalado que acuden pacientes sin cita. La segunda razón, esgrimida por un

Un 63,3 por ciento de los médicos de familia consideran que su actividad profesional mejoraría si el sistema funcionara más rápido y sin incidencias

35,71 por ciento, apunta al estrés que provoca que comience a emplearse una nueva versión de *Abucasis*.

Según José Javier Blanquer, miembro de la junta directiva de la Svmfyc, "con esta encuesta hemos querido objetivar el malestar transmitido por los socios. Queremos plantear una opción de cambio de forma constructiva, y para ello hay que conocer qué le preocupa y le ocurre al profesional que más utiliza la historia de salud electrónica y basa sus decisiones clínicas en lo que en ella se refleja".

Entre los aspectos que los participantes consideran más importante para mejorar *Abucasis*, el más importante es que "sea rápido y de ágil manejo" (71,43 por ciento), seguido de la posibilidad de acceso a los datos de los pacientes de la consulta (25,45 por ciento), una mejora de la ergonomía (16,52 por ciento), revisar las restricciones en procesos administrativos, bajas y prescripción (10,71 por ciento), y el establecimiento de sistemas de ayuda en la toma de decisiones clínicas (9,38 por ciento).

NUEVA UNIDAD PARA MUJERES JÓVENES

El Doctor Peset afina la atención en endometriosis

■ DM

Valencia

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Doctor Peset, en Valencia, ha puesto en marcha una nueva unidad para atención específica a mujeres jóvenes con endometriosis que pretenden aunar todos los esfuerzos que se están realizando para el diagnóstico precoz de esta patología, su tratamiento, la cirugía conservadora y la investigación.

Asimismo se ha creado una consulta monomatemá-

ca de endometriosis que permitirá hacer un seguimiento de los casos complejos o especiales para evitar en la medida de lo posible las recaídas de las pacientes. Esta consulta, que ya está funcionando cada quince días, pasará en breve a tener una periodicidad semanal.

El Doctor Peset ha sido elegido para participar en un estudio internacional que evalúe la seguridad y la eficacia de un nuevo fármaco para tratar la endometriosis en adolescentes.

ANDALUCÍA LA JUNTA INVIERTE 1,6 MILLONES DE EUROS EN EL HOSPITAL SEVILLANO

Nuevas instalaciones para la Salud Mental en Valme

■ DM

Sevilla

La Consejería de Salud de Andalucía ha invertido 1,6 millones de euros en mejorar los servicios de salud mental que se ofrecen en el Hospital Universitario de Valme, en Sevilla.

Esta inversión ha permitido la construcción de un nuevo edificio en el que se ubican el nuevo Hospital de Salud Mental para adultos y la nueva Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

La puesta en marcha de estas instalaciones, que han sido inauguradas por la consejera de Salud, María Jesús Montero, permite duplicar la superficie de los dos dispositivos, así como optimizar y mejorar la atención a los pacientes con enfermedades mentales en tanto en cuanto ubica en un mismo espacio -aunque en zonas diferenciadas y con accesos independientes- este tipo de asistencia.

El nuevo edificio cuenta con una superficie de 1.226 metros cuadrados distribuidos en dos plantas.

Entre las mejoras derivadas de las nuevas instalaciones, se optimiza la coordinación y la atención asistencial, puesto que el Hospital de Día de adultos, antes ubicado en El Tomillar, está ahora en el mismo Valme, muy próximo a la unidad de hospitalización de agudos. Además, la mayor dotación

de espacio de la nueva Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil ha posibilitado incrementar los recursos, incorporando un hospital de día para atender los casos que no requieren ingreso hospitalario. De forma totalmente diferenciada, el nuevo edificio de salud mental acoge en la planta baja el Hospital de Día para adultos y en la primera planta la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

PSICOLOGÍA ESTUDIO REALIZADO SOBRE PACIENTES MAYORES AFECTADOS POR DEMENCIAS

La terapia con mascotas puede ser beneficiosa en geriátricos

→ La terapia con animales es un campo que progresivamente acumula mayor número de experiencias, sobre todo porque su introducción ha

demostrado que puede ser de gran ayuda emocional, social y físicamente en distintos tipos de pacientes con demencias.

■ Enrique Mezquita Valencia La Universidad Católica de Valencia (UCV) está desarrollando una investigación para comprobar los beneficios de introducir mascotas en terapias dirigidas a personas enfermas de Alzheimer. Y aunque los resultados de esta primera experiencia no son aún concluyentes, han resultado tan positivos, sobre todo en lo emocional, que ya se ha puesto en marcha una segunda fase.

La primera experiencia piloto de la UCV, que ha contado con la colaboración de técnicos de la ONG Intervención, Ayuda y Emergencias y personal de la Residencia Solimar de Tavernes de la Valldigna (Valencia), ha consistido en la realización de diversas actividades semanales con perros adiestrados. Según los impulsores, con esta actuación se pretendía incentivar el trabajo en grupo, el desarrollo de atención y la creatividad. Y los resultados han sido muy satisfactorios, ya que se ha comprobado que los pacientes mejoraban el estado de ánimo, su autoestima, su participación y conciencia de trabajo en grupo.

Estudio experimental

Juan Antonio Avellana, profesor de Geriátrica en la UCV y coordinador de la Unidad de Geriátrica del Hospital Universitario de la Ribera, en Alcira (Valencia), ha señalado que "el estudio inicial ha sido experimental, longitudinal y prospectivo con personas mayores institucionalizadas afectadas de demencia". Para ello se hicieron dos grupos -mayor y menor gravedad-, donde se incluyeron 17 y 18 pacientes respectivamente, en su mayoría mujeres, de la Residencia Solimar.

Avellana ha apuntado que "se analizaron variables fundamentalmente cognitivas y psíquicas (utilizando el cuestionario de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de depresión de Yesavage). El análisis de los resultados consistió en un contraste de las hipótesis, donde se valoró si las diferencias encontradas en las herramientas de medición antes y después de la terapia tenían una uti-



Juan Antonio Avellana, coordinador de la Unidad de Geriátrica del Hospital de La Ribera.

lidad estadísticamente significativa".

Respecto a los resultados, ha señalado que "la cognición se mantenía estable tras la intervención en el seguimiento a seis meses, aunque había un claro beneficio en los cuestionarios de depresión y ansiedad. Probablemente esto se debe a la baja potencia de la muestra". En este contexto, ha explicado que sobre todo "sí se observó una mejoría emocional durante la realización de las sesiones, y la valoración de los cuidadores fue positiva".

Segunda fase

Dadas las buenas perspectivas de esta iniciativa, la UCV ha puesto en marcha una segunda fase, que consiste en la realización de un ensayo clínico y aleatorizado con una muestra amplia de personas mayores afectadas

Los cuestionarios realizados tras seis meses de seguimiento demostraron que había un claro beneficio en cuestiones de depresión y ansiedad

de demencia tipo Alzheimer GDS 5-6 con test MMSE entre 10 y 19, "en el que se van a medir más variables que en la fase anterior, como los trastornos de conducta en la demencia o la carga del cuidador".

En esta segunda fase, "la intervención va a ser más compleja en cuanto a la estructura en tiempo y en técnicas de estimulación cognitiva, sensorial, psicológica y también física". Avellana ha recordado que van a registrarse mayor número de variables que incluirán todas

aquellas en las que se ha demostrado algún beneficio hasta el momento.

Desde el punto de vista práctico, este ensayo incluirá 200 personas mayores de 65 años institucionalizadas y afectas de demencia tipo Alzheimer en grado moderado.

El grupo se aleatorizará en dos grupos, uno de control y otro de intervención con terapia asistida con animales. Se incluirán variables demográficas, comorbilidad, consumo de fármacos, función física, funciones cognitivas, alteraciones psíquicas y trastornos de conducta, sobrecarga del cuidador e impresión clínica subjetiva global de cambio, estando previsto que todo el proceso -selección de la muestra, inclusión de pacientes, evaluación inicial, intervención y evaluación final- se realice a lo largo de 2012.

LOS OBJETIVOS DE UN PROYECTO AMBICIOSO

Avellana ha explicado que "los estudios realizados de terapia asistida con animales han sido de escasa potencia. Además han utilizado diferentes metodologías e instrumentos de medida, lo que disminuye la fiabilidad. Aunque se han realizado revisiones, no se ha podido hacer ningún metaanálisis que nos confirme los beneficios que se han obtenido".

"Con este estudio pretendemos aumentar la potencia para que los resultados sean concluyentes; describir concretamente y estandarizar el tipo de intervención con los perros, así como constatar o

descartar el beneficio que han mostrado los estudios previos". En opinión del experto, "si se confirman los resultados, la terapia podría ser beneficiosa para disminuir los trastornos de conducta, el consumo de fármacos y estabilizar o disminuir la pérdida cognitiva". Asimismo ha aclarado que "es una fase previa a otros estudios donde podamos comparar intervenciones de distinta intensidad o duración o el beneficio que pueda tener en pacientes mayores afectados por enfermedades degenerativas distintas de la demencia".

DEPENDENCIAS CERCA DEL 50% NO RECAE

Las CT pueden ayudar a los drogodependientes a abandonar sus adicciones

Redacción

Un equipo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona y de la Fundación Salud y Comunidad ha estudiado los resultados del tratamiento de la dependencia del alcohol y de la cocaína en pacientes que habían realizado tratamiento especializado en Comunidades Terapéuticas (CT)

El fin del estudio, que se publica en *Adicciones*, ha sido evaluar los efectos a corto, medio y largo plazo del tratamiento de la adicción al alcohol o a la cocaína en las CT de la Fundación Salud y Comunidad.

Para ello los investigadores realizaron una encuesta diseñada específicamente para ello a 91 usuarios con el fin de conocer su evolución en un periodo de seguimiento que ha variado entre un año y medio y 10 años tras su salida de la CT. En la encuesta se han tenido en cuenta variables sociodemográficas, la frecuencia de uso de las sustancias psicoactivas y otras variables relacionadas con la estancia del pa-

ciente en las comunidades terapéuticas.

Los investigadores han llegado a la conclusión de que un 48,9 por ciento de los pacientes no sufrió ninguna recaída. El resto de usuarios, aunque sí presentaron un consumo ocasional de la droga o drogas que originaron su ingreso, en el 96,3 por ciento de los casos no habían consumido drogas en el mes anterior a la entrevista.

Mejora social

También se ha demostrado que el tratamiento supone una mejora en la salud y las relaciones familiares del paciente, así como una disminución drástica y en ocasiones la desaparición total, de los delitos relacionados con la droga, con violencia o contra la propiedad. Un 12,9 por ciento de los encuestados había sido detenido en alguna ocasión durante los meses previos a su ingreso, pero tras su paso por la CT no se dió ningún caso, demostrando el descenso drástico de la criminalidad entre los pacientes que recibieron tratamiento.

NEUROLOGÍA MÁS CAPACIDAD COGNITIVA

Prolongar la educación puede aumentar el CI

Redacción

Un estudio de la Universidad de Oslo publicado en *The Proceedings of the National Academy of Sciences* ha demostrado que prolongar la educación secundaria puede aumentar el coeficiente intelectual (CI). Según este análisis, alargar la escolarización obligatoria de los adolescentes "favorece las capacidades cognitivas en la vida adulta".

La motivación de este estudio ha sido la reforma del sistema educativo que tuvo lugar en Noruega en los años 60. Con un año más de escolarización el coeficiente intelectual de estas generaciones ha aumentado en 3,7 puntos.

Los datos han sido extraídos de los test de inteligencia que el ejército noruego realizó a los hombres aptos para el servicio militar (cuando cumplen 19 años). Así, los varones

nacidos entre 1950 y 1958 fueron objeto del estudio, estratificando a los que se educaron con el antiguo y el nuevo sistema.

Otra de las variantes del estudio fue analizar que títulos de estudios poseían a los 30 años. Tras cotejarlo, los investigadores descubrieron que "se observa un incremento inusual de la media educativa y de la media del CI coincidiendo con el momento en el que se introduce la reforma", han explicado Christian N. Brinch y Taryn Ann Gallowa, autores del trabajo.

No obstante, la relación entre educación y CI ya había sido demostrada pero no de manera evidente, ya que "no se habían conseguido aislar las variables de manera adecuada". De hecho, en ocasiones se creía que simplemente las personas con mayor coeficiente tenían más fácil el acceso a la educación.

EMPLEO

DESPACHOS MÉDICOS CON INSTALACIONES NECESARIAS PARA ACTIVIDAD; DOMICILIO SOCIAL Y FISCAL. 678.987.852

INMOBILIARIA

Alquiler Chalet Arturo Soria, amueblado, dos plantas, dos salones, cuatro habitaciones, dos baños, cocina, office, aparcamiento. Directamente 649.59.56.90.

Alquiler calle Hermosilla 1ª planta oficina o consulta. 150 m2 a estrenar, portal representativo, muy luminoso. Tfno. 91 575 49 84. Particular.

PREMIOS

Premios Ulises de Investigación.

La investigación es una de las áreas de mayor importancia en el desarrollo de la labor profesional de los médicos y enfermeros. CTO ha querido colaborar para conseguir que todos los proyectos que se presenten puedan ejecutarse con éxito. Para los proyectos presentados por los alumnos de medicina y enfermería: dos primeros premios de 6.000 euros para cada una de las carreras; dos segundos premios de 3.000 euros para cada una de las carreras; dos terceros premios de 1.000 euros para cada una de

las carreras; un premio de 2.000 euros al profesor/tutor del primer proyecto ganador.

Para el **staff** hospitalario la dotación económica de los premios será la siguiente: un primer premio de 6.000 euros; un segundo de 3.000 euros; un tercero de 1.000 euros.

Para los residentes la dotación económica de los premios será la siguiente: un primer premio de 6.000 euros; un segundo de 3.000 euros; un tercero de 1.000 euros. Para las tesis doctorales un premio único de 10.000 euros para la mejor tesis presentada.

Podrán presentar proyectos de investigación los alumnos de los últimos cursos de todas las facultades de Medicina y de Enfermería de España.

El tópico objeto de investigación será libre, pero relacionado con la Medicina o la Enfermería. CTO considera temas prioritarios de investigación: enfermedades cardiovasculares, cáncer y educación médica. Estos proyectos los podrán firmar un máximo de tres alumnos y un profesor fijo o tres investigadores, según la categoría. Los proyectos se realizarán siguiendo el formato F.I.S.S.

Los proyectos deberán tener en cuenta en CTO antes del 21 de abril de 2012. Se remitirán por correo electrónico a: psanchezdiaz@cto.medicina.com.

Más información en la página web: www.grupocto.es/web/medicina/pdf/bases_Ulisses_nac.pdf

ENERO

25-28 Reumatología. Conferencia sobre Excelencia en Reumatología.
Tendrá lugar en el Hotel Meliá Castilla, en Madrid. Más información e inscripciones: Web: www.excellence-in-rheumatology.org

26-27 Cardiología. II Curso BMV en Excelencia Clínica en Cardiología.
Se celebrará en el Hospital Valle de Hebrón, de Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 91 426 58 82. E-mail: anafdezba@cardio Web: www.secardiologia.es

26-28 Traumatología. V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fracturas Osteoporóticas.
Se desarrollará en el Hotel NH Constanza, en Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 91 550 00 32. Fax: 91 543 78 65. E-mail: mnc@rmmc.com

27 Psiquiatría. XIII Simposio sobre Trastornos Bipolares.
Se desarrollará en el auditorio del Hospital San Juan de Dios, en Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 934 36 22 35. Fax: 934 50 99 77. E-mail: info@verumedica.com Web: www.verumedica.com

27-29 Sofrología. Curso Básico de Sofrología.
Tendrá lugar en Madrid. Más información e inscripciones: Tfno. 91 702 39 67. E-mail: sfomred@gmail.com Web: www.sofro.net

FEBRERO

3-4 Neurocirugía. IV Simposium sobre Epilepsia y Cirugía de la Epilepsia.
Se desarrollará en el Hotel Al-Andalus de Sevilla, organizado

por el Instituto de Especialidades Neurológicas. Más información e inscripciones: Web: www.iensa.es

8-11 Psiquiatría. Conferencia Temática de la Asociación Mundial de Psiquiatría: Salud Mental y Medicina de Familia, trabajando juntos.
Se desarrollará en Granada, organizada por la Asociación Mundial de Psiquiatría. Más información e inscripciones: Tfno. 902 430 960. Fax: 902 430 959. E-mail: info@fase20.com Web: www.thematicconferencegranada2012.com

8-11 Endocrinología. V Conferencia Internacional sobre Tecnologías Avanzadas y Tratamientos para la Diabetes
Tendrá lugar en el Centro de Convenciones Internacionales de Barcelona. Más información: Web: www2.kenes.com

9-10 Medicina Interna. XIV Jornadas Serme: V Curso de Infección Músculo-Esquelética.
Se celebrará en el Auditorio Idec Pompeu Fabra, de Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 93 221 22 42. Fax: 93 221 70 05. E-mail: serme@geyseco.es Web: www.geyseco.es

9-11 Medicina de Urgencias. II Curso de Ecocardiografía Clínica en Cuidados Críticos y Urgencias y Simposio de Ecografía aplicada al paciente crítico.
Se celebrará en el Hospital Universitario de Puerto Real en Cádiz. Más información e inscripciones: E-mail: secretariacursoeco@gmail.com Web: www.samiiuc.es

10 Oftalmología. Curso intensivo en técnicas combinadas de microcirugía del segmento anterior.
Se celebrará en el Auditorio II del Instituto Universitario Barraquer, de Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 934 14 67 98. Fax: 934 14 12 28. E-mail: instituto@barraquer.com Web: www.barraquer.com

Las instituciones que deseen que sus convocatorias aparezcan en este PLANNING pueden comunicarlo a la dirección de DIARIO MEDICO (Avenida de San Luis, 25. 28033 MADRID) o al fax 91 443 63 60. Convocatorias nacionales e internacionales por especialidades en BM Internet: <http://diariomedico.com/agenda>

Ácido Ibándronico Teva 150mg

Información de producto



1. IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO: Ácido Ibándronico Teva 150mg. Este medicamento está indicado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. El ácido ibándronico es un inhibidor de la resorción ósea que actúa directamente sobre los osteocitos, reduciendo su actividad y, por tanto, la liberación de calcio desde el hueso. El ácido ibándronico también reduce la liberación de citoquinas proinflamatorias, lo que contribuye a la reducción de la inflamación y al aumento de la densidad ósea. Este medicamento está disponible en forma de comprimidos de 150 mg. El ácido ibándronico es un medicamento de venta libre que se puede adquirir sin receta médica. El ácido ibándronico es un medicamento seguro y eficaz que ha sido ampliamente estudiado en ensayos clínicos. El ácido ibándronico es un medicamento que actúa directamente sobre los osteocitos, reduciendo su actividad y, por tanto, la liberación de calcio desde el hueso. El ácido ibándronico también reduce la liberación de citoquinas proinflamatorias, lo que contribuye a la reducción de la inflamación y al aumento de la densidad ósea. Este medicamento está disponible en forma de comprimidos de 150 mg. El ácido ibándronico es un medicamento de venta libre que se puede adquirir sin receta médica. El ácido ibándronico es un medicamento seguro y eficaz que ha sido ampliamente estudiado en ensayos clínicos.

Este medicamento está indicado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. El ácido ibándronico es un inhibidor de la resorción ósea que actúa directamente sobre los osteocitos, reduciendo su actividad y, por tanto, la liberación de calcio desde el hueso. El ácido ibándronico también reduce la liberación de citoquinas proinflamatorias, lo que contribuye a la reducción de la inflamación y al aumento de la densidad ósea. Este medicamento está disponible en forma de comprimidos de 150 mg. El ácido ibándronico es un medicamento de venta libre que se puede adquirir sin receta médica. El ácido ibándronico es un medicamento seguro y eficaz que ha sido ampliamente estudiado en ensayos clínicos. Este medicamento está indicado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. El ácido ibándronico es un inhibidor de la resorción ósea que actúa directamente sobre los osteocitos, reduciendo su actividad y, por tanto, la liberación de calcio desde el hueso. El ácido ibándronico también reduce la liberación de citoquinas proinflamatorias, lo que contribuye a la reducción de la inflamación y al aumento de la densidad ósea. Este medicamento está disponible en forma de comprimidos de 150 mg. El ácido ibándronico es un medicamento de venta libre que se puede adquirir sin receta médica. El ácido ibándronico es un medicamento seguro y eficaz que ha sido ampliamente estudiado en ensayos clínicos.

FUERA DE CONSULTA

MANUEL MOYA MIR

→ Tiene 63 años, lleva un marcapasos desde hace diecisiete y sufre condrocalcinosis de rodilla, pero este ex presidente de Semes Madrid no para de correr ni un solo día.

65 maratones y 63 años sin retirada alguna

David Rodríguez Carenas

El currículum de Manuel Moya Mir, jefe de Sección en Medicina Interna y Urgencias del Hospital de Puerta de Hierro, en Majadahonda (Madrid), es de los que se tarda en olvidar. O de los que no se olvidan nunca.

Tiene 63 años y lleva casi 30 corriendo a pesar de su parte médico: operado de sarcoma, lleva marcapasos desde hace 17 años -con dos operaciones cardíacas- y sufre condrocalcinosis de rodilla. Sabiendo el parte, aquí viene la hoja de méritos: ha corrido 65 maratones -20 de ellos por debajo de las tres horas-, más de 500 medias maratones y miles de carreras de diez-quince kilómetros. Antes corría en torno a 5.000 kilómetros al año. Ahora sólo 2.000. Y por si fuera poco, quizás lo más impresionante es que... nun-

ca se ha retirado de una carrera, aunque llegara a la meta tras más de 25 kilómetros corriendo con el tendón de Aquiles parcialmente roto.

¿No son muchas locuras para un médico?

-Debo decir que sí, pero continuamente hacemos locuras por el afán de superación. Reconozco que es malo correr tanto todos los días. Soy poco autoritario para prohibir como médico. Cada uno que haga lo que le apetezca siempre que conozca los riesgos. Yo sé que corriendo mi vida quizás se acorte.

O se alargue.

-Bueno, sí... pero en peores condiciones, con artrosis asegurada. Cuando el ejercicio es moderado se consigue mejorar la capacidad cardiovascular y alargar la vida.

En cualquier caso, reco-



Moya Mir tiene como reto correr lo equivalente a tres vueltas al mundo. Le quedan 20.000 de los 120.000 kilómetros totales.

nocerá que lo que hace no es normal...

-No es frecuente, aunque en el ambiente en el que me muevo sí es normal. Para la mayoría de la gente, dedicar tanto tiempo a correr no es normal, pero probablemente nunca hayan experimentado algo así.

¿La hora de carrera al día es innegociable?

-Organizo gran parte de mi vida sabiendo que tengo que correr al menos una hora diaria. Me sobran 23 para el resto de cosas.

¿También para dormir?

-Antes dormía ocho horas diarias. Ahora seis, pero intento dormir media hora más durante el día.

¿Cuáles son esas sensaciones inigualables de las

que hablaba?

-Que mi hijo me gane por primera vez un maratón, por ejemplo. Ocurrió el año pasado en Atenas, 2.500 años después de la batalla de Maratón que da nombre a esta disciplina atlética. También es emocionante el maratón de Nueva York, sobre todo después de pasar el puente de Queensboro, sobre el kilómetro 31, y la carrera de San Antón, en Jaén, en la noche del 16 de enero. Yo creo que todo Jaén está allí esa noche.

Cita Jaén, su ciudad de nacimiento. ¿Cómo fue su nacimiento atlético?

-A finales de los sesenta y principios de los setenta me apunté al equipo de atletismo en la Universidad de Granada, pero al acabar Medicina dejé el deporte. En enero de 1983 dejé de fumar y engordé cinco kilos en un mes. Empecé una dieta y en abril comencé a correr. Un año después corrí mi primer maratón de Madrid. Me propuse bajar de tres horas.

¿Lo consiguió?

-¡Incluso me sobraron cuatro segundos!

¿Cuál es su mejor marca en los 42,195 metros?

-2 horas y 35 minutos en Sevilla en 1989.

¿Con quién corre?

-Con mi equipo: Trotones Parque Norte. Nos juntamos hasta treinta corredores.

¿Por qué ese nombre?

-Lo de Parque Norte es porque allí -al lado del Hos-

No me resisto al paso de los años. No puedo aspirar a mejorar lo que he sido. Me pongo metas que estén a mi alcance y compito con mis coetáneos

pital La Paz -es donde corremos a las siete de la tarde todos los días de la semana que no son festivos. Y lo de trotones porque las normas del club dicen que no se puede ser atleta de élite. Además de por nuestras minusvalías, aunque aceptamos como tal el hecho de tener más de 40 años.

¿Cómo mantiene el nivel a los 63 años?

-Mi nivel ha bajado. Ahora corro el maratón en una hora más. Pero mantengo la ilusión y los piques con la gente del equipo, intento quedar entre los primeros de más de 60 años...

¿Es difícil aceptar ese descenso de nivel?

-No me resisto al paso de los años. No puedo aspirar a mejorar lo que he sido. Me pongo metas que estén a mi alcance y compito con mis coetáneos.

DIARIO MEDICO.COM

Acceda a más entrevistas Sin anestesia, Fuera de consulta y Sobre el terreno en el web.

DIARIO MEDICO

PUNTO DE ENCUENTRO de profesionales

